

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o
374

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Auguste-Jean ERRARD

Né le 21 Août 1890, à Troyes
Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de St-Lazare

TRAITEMENT DES COLITES REBELLES

LES

Accidents de l'Ileo-Sigmoïdostomie

AVEC

EXCLUSION DU COLON

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

374
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Auguste-Jean ERRARD

Né le 21 Août 1890, à Troyes
Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de St-Lazare

TRAITEMENT DES COLITES REBELLES

LES

Accidents de l'Ileo-Sigmoïdostomie

AVEC

EXCLUSION DU COLON



Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.		MM.
Anatomie		NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.		CUNEO
Physiologie.		Ch RICHET
Physique Médicale		André BROCA
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Bactériologie		BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.		Marcel LABBE
Pathologie médicale		RÉNON
Pathologie chirurgicale.		LECENE
Anatomie pathologique		LETULLE
Histologie		PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.		DUVAL
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène		BERNARD
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		ACHARD
Clinique médicale.		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale.		GOSSET
		LEJARS
		HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE
		BRINDEAU
Clinique gynécologique		J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.		Aug BROCA
Clinique thérapeutique		VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie		SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIn	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
Officier de la Légion d'Honneur
Chirurgien des Hôpitaux

*En témoignage de ma grande
admiration et de mon profond
respect.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage et Externat

1910-1911. MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN (In memoriam)
1911-1912. MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN.
1912-1913. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX.

Internat provisoire

1913-1914. MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS (In memoriam).

Internat

1919-1920. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST.
1920-1921. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS
1921-1922. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT.

Internat de Saint-Lazare

1912-1914. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JULLIEN. (In
memoriam).
MONSIEUR LE DOCTEUR OZENNE.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS VAQUEZ, LEJARS, GOSSET.
MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS BASSET et FIESSINGER.
MM. LES DOCTEURS MOURE et KUSS, chirurgiens des Hôpi
taux.

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR MAURER

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

L'iléo-sigmoïdostomie est une variété d'anostomose iléo-colique faisant communiquer le segment terminal de l'iléon avec l'anse sigmoïde.

Cette anastomose a pour but de dériver le cours du chyle dans le réservoir sigmoïdo-rectal et d'éviter ainsi le long parcours des matières dans le cadre colique.

Cette intervention de dérivation qui veut assurer la mise au repos du côlon a pu sembler particulièrement indiquée dans le traitement des colites chroniques rebelles.

Sous le nom des colites chroniques il faut comprendre un ensemble assez complexe d'affections dont les causes sont différemment interprétées, mais qu'il s'agisse de colites primitives avec adhérences péricoliques ou bien qu'il s'agisse de colites secondaires à des vices de position, à des brides congénitales ou acquises, toutes ces inflammations chroniques se traduisent cliniquement par un symptôme capital :
La Stase intestinale chronique.

La stagnation des matières dans un segment du cadre colique et surtout dans le côlon droit provoque ou entretient

L'inflammation, retentit gravement sur l'état général du malade en l'intoxiquant par la résorption constante des produits de stase stercorale. On conçoit donc que pendant ces vingt dernières années au cours desquelles la chirurgie gastro-intestinale fit d'énormes progrès, les chirurgiens aient logiquement pensé à traiter les colites chroniques par des opérations de dérivation des matières excluant le colon.

Ils étaient encouragés dans cette voie par les heureux résultats de l'iléo-sigmoïdostomie dans le traitement des sténoses néoplasiques des colons.

Lympius puis Mansell-Moulin en 1900 pratiquèrent les premières iléo-sigmoïdostomies pour colites rebelles.

Ces interventions furent alors de simples anastomoses latéro-latérales.

Les premiers résultats obtenus et l'expérimentation sur l'animal montrèrent bien vite que cette anastomose ne dérivait pas le cours du chyle dans le colon sigmoïde.

En effet la bouche iléo-sigmoïde restait très faiblement perméable et les matières en presque totalité continuaient leur progression vers l'angle iléo-cæcal. On essaya ensuite de compléter l'iléo-sigmoïdostomie simple par une ligature de l'iléon au-dessous de la bouche anastomotique. On vit que cette ligature n'oblitérait que temporairement l'iléon.

Comme l'a montré M. Alglave en 1909 dans ses remarquables études expérimentales, la zone iléale écrasée par la ligature se sphacèle puis s'élimine et la continuité de l'intestin se rétablit.

On en vint donc à sectionner l'iléon à suturer et enfouir une ou deux des tranches de section ; on réalisait ainsi

l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale du côlon.

C'est de cette intervention dont nous voulons uniquement nous occuper au cours de cette thèse. On peut dire que depuis vingt ans elle a présenté un grand retentissement parmi les chirurgiens d'Europe et d'Amérique. En Angleterre surtout elle fut fréquemment pratiquée.

C'est Lane qui en a précisé les indications, vulgarisé la technique et vanté les heureux résultats.

L'étude des faits expérimentaux, l'observation chez l'homme du fonctionnement de la bouche anastomotique ont tout d'abord permis de penser :

1° Que le contenu intestinal passant dans le côlon sigmoïde s'y déshydratait partiellement, puis était *directement* poussé vers l'anus ;

2° Que le côlon exclu formant au-dessus de l'anastomose un très long diverticule ne devait plus jamais contenir de matières et que, communiquant largement avec le côlon sigmoïde il pouvait y déverser ses produits de sécrétion.

Les résultats opératoires immédiats semblaient confirmer l'exactitude de ces données.

Quand nous lisons l'ensemble des observations publiées par Lane, Chapple et par leurs élèves du Guy's Hospital nous ne pouvons que partager sincèrement leur enthousiasme.

Pour ces auteurs cette opération de dérivation sans danger et rapidement pratiquée transforme totalement les malades intoxiqués gravement par la stase intestinale chronique.

Au lendemain de l'opération l'amélioration commence,

une abondante diarrhée post-opératoire se calme en quelques jours « ces malades renaissent à la vie : plus de constipation, plus d'intoxication stercorale, plus de douleurs, « la guérison est parfaite et durable. »

Cependant depuis quelques années à la suite de la remarquable observation de De Quervain en 1911, quelques chirurgiens notent des accidents tardifs et graves de l'exclusion colique par l'iléo-sigmoïdostomie. Les suites opératoires tardives semblent moins brillantes que les résultats immédiats.

On signale en particulier *du reflux dans le colon exclu* amenant de la stase rétrograde des matières.

Les études radiologiques des opérés précisent ce fonctionnement défectueux de la bouche iléo-sigmoïde et l'enthousiasme pour cette anastomose tend à décroître.

Notre maître, monsieur le professeur agrégé Lardennois, a bien voulu nous confier une observation typique d'accidents post-opératoires survenus chez une malade d'abord traitée en Angleterre, puis réopérée par lui.

Plus récemment nous avons observé un cas semblable absolument schématique et démonstratif.

Ces deux cas feront l'objet de cette thèse.

Nous nous attacherons strictement à étudier les causes et la nature des accidents signalés, nous nous éclairerons à la fois des données fournies par la Physiologie motrice du colon et des résultats de l'expérimentation sur l'animal.

Nous nous bornerons à une étude d'ordre pratique, étudiant les perfectionnements à apporter dans la technique des anastomoses iléo sigmoïdes et nous espérons pouvoir démontrer que dans le traitement de la Stase intestinale

chronique l'exclusion unilatérale du côlon comporte un danger tel que nous croyons nécessaire d'abandonner cette opération pour lui préférer d'autres anastomoses de drainage des côlons.

Notre Maître, Monsieur le Professeur agrégé Lardennois, nous a conseillé dans l'élaboration de cette thèse. Nous avons eu l'heureux privilège d'être pendant une année son Interne.

Nous avons pu profiter de son remarquable enseignement clinique et technique, qu'il veuille bien accepter ici le témoignage sincère de notre reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours prodigué.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

PHYSIOLOGIE MOTRICE ET RADIOLOGIE DU COLON

CHAPITRE II

DONNÉES EXPÉRIMENTALES

CHAPITRE I

PHYSIOLOGIE MOTRICE DU COLON

Dans ce premier chapitre nous voulons étudier les différents mouvements du côlon.

Cette étude de la motricité colique connue de longue date fut quelque peu modifiée par les examens radiologiques récents.

Nous insisterons tout spécialement sur la Radiologie colique qui nous permettra plus loin de comprendre le fonctionnement bien spécial du côlon exclu après iléo-sigmoïdostomie.

Sur le cadre colique on observe trois sortes de mouvements qui sont : Péristaltiques, antipéristaltiques et pendulaires.

Nous étudierons chacun de ces mouvements coliques et nous verrons comment ils se répartissent sur les différents segments du côlon.

MOUVEMENTS PÉRISTALTIQUES

Leur production détermine la progression du bol fécal.

Dans le *Traité de Physiologie de Gley* nous en trouvons la description suivante :

« Les matières fécales sont poussées par des contractions
« lentes et péristaltiques jusque vers l'S iliaque. Là, elles
« paraissent s'arrêter. Quant au rectum, les matières ne s'y
« portent que d'une manière intermittente sous l'influence
« de contractions plus vives et alors tend à prendre nais-
« sance le phénomène réflexe de la défécation. Mais si
« cette tentative d'évacuation ne réussit pas, si le passage
« leur est fermé, les matières retournent dans l'S iliaque.

« Tous ces mouvements sont très lents, ce qui ne les
« empêche pas de pouvoir produire à la longue des com-
« pressions considérables.

« Ils sont de même forme et de même nature que ceux de
« l'intestin grêle ; ce sont des mouvements péristaltiques,
« c'est-à-dire dans lesquels les fibres circulaires de la
« membrane musculieuse se contractent successivement de
« haut en bas à mesure que la matière progresse dans le
« tube intestinal, de sorte que cette matière comprimée
« supérieurement se trouve poussée dans la portion sui-
« vante de l'intestin dont les parois sont encore dans le
« relâchement ; ces mouvements existent sur tout le gros
« intestin ».

MOUVEMENTS ANTIPÉRISTALTIQUES

Ces mouvements étaient discutés par la plupart des expérimentateurs. Les recherches d'Engelmann, de Braam-

Houckgest, puis de Noth-Nagel avaient porté sur l'intestin grêle.

Or il est certain que sur l'intestin grêle normal l'antipéristaltisme n'existe pas.

Ce sont Jacobi et Cannon qui sur le gros intestin du chat ont constaté nettement l'existence de mouvements antipéristaltiques. Pour ces auteurs les mouvements n'existeraient que sur le colon droit.

Ils prendraient naissance au niveau d'un point assez fixe qui siège au milieu de la moitié droite du colon transverse, de ce point encore appelé anneau de constriction tonique de Cannon. Les ondes antipéristaltiques se propageraient lentement vers le côlon ascendant et le cæcum.

Sur tout le segment colique situé au-delà de l'anneau de Cannon on n'a pu apprécier de mouvements antipéristaltiques.

C'est également l'opinion de Gley, qui note que : « Les
« mouvements du côlon transverse, ascendant et du cæcum
« seraient habituellement antipéristaltiques, de telle sorte
« que le contenu intestinal enfermé comme dans un sac est
« entièrement brassé et mélangé par ces contractions qui se
« font dans la direction du cæcum, la valvule iléo-cæcale
« empêche complètement le retour dans l'intestin grêle,
« quand la masse accumulée est en suffisante quantité une
« contraction péristaltique la chasse plus loin ».

Les études Radiologiques récentes viennent compléter ces premières notions sur l'antipéristaltisme colique.

Bloch Sterlin et Klose arrivent aux mêmes conclusions. L'antipéristaltisme du côlon proximal apparaît assez nettement sur l'écran radioscopique.

Bloch écrit à ce sujet : «... il m'est arrivé de prouver
« l'existence d'une pression antipéristaltique et aussi dans
« quelques cas de prouver le transport de matières d'une
« façon rétrograde dans le côlon proximal, cependant nous
« n'avons pu encore observer une ombre antipéristaltique
« ce qui n'est d'ailleurs pas une contre-preuve pour tous
« ceux qui se sont occupés déjà de Radiographie du gros
« intestin ».

Dans toutes ces études physiologiques et Radiologiques
du gros intestin il n'est pas question de *l'antipéristaltisme du
côlon gauche*.

Bien qu'on n'ait pu le constater expérimentalement ou
sur l'écran nous croyons pourtant qu'on peut en affirmer
l'existence.

Il existe normalement un antipéristaltisme du Rectum
et du côlon sigmoïde.

Nous avons vu que les matières fécales poussées jusqu'à
l'anus si elles ne provoquent pas la défécation remontent
vers le colon sigmoïde, grâce à des mouvements antipéris-
taltiques du côlon terminal.

Trois faits nous permettent de penser que cet antipéris-
taltisme ne reste pas limité au segment terminal du gros
intestin, voici pourquoi :

1° un lavement de 250 centi-cubes injecté *sans pression*
dans l'ampoule rectale est assez rapidement refoulé dans
le transverse puis dans le cæcum.

2° L'observation banale d'un sujet atteint de colite aiguë
avec diarrhée nous montre ceci :

« L'arrivée d'une selle diarrhéique dans l'ampoule rec-
« tale provoque aussitôt le besoin d'expulsion (Réflexe nor-

« mal), si le malade arrive à résister à la poussée par la
« contraction du sphincter externe (volontaire) par la con-
« traction des fessiers, par l'immobilité et l'arrêt de la res-
« piration, la poussée péristaltique se calme, un gros gar-
« gouillement hydro-gazeux indique le rejet du liquide en
« arrière. Le malade a le temps d'aller aux cabinets et
« même dans certains cas le besoin est différé pendant un
« temps assez long ». (Friedel).

3° A côté de ces deux premiers faits d'observations cou-
rante nous croyons devoir signaler l'intéressante communi-
cation du D^r Mazière, rapportée par Lignac dans la Presse
médicale. Le D^r Mazière a pu observer chez les « Bagnards »
de la Guyane, l'usage du « planq » sorte d'étui en étain
où le forçat entasse les louis d'or qui pourront éventuelle-
ment faciliter son évaison.

Le planq peut contenir jusqu'à 600 francs d'or, soit un
poids total de 190 grammes environ.

Pour mettre ce trésor à l'abri des indiscretions et des con-
voitises, le bagnard l'introduit par l'anüs dans le Rectum.

Le planq, sous l'action d'efforts volontaires, ne tarde pas
à monter dans le côlon gauche, il peut dépasser l'angle splé-
nique et venir se loger dans la moitié gauche du côlon
transverse. Il redescendra vers l'anüs à la volonté du forçat
quand le moment sera venu d'utiliser ou bien d'augmenter
la charge du Planq.

Quelle est la force qui fait ascensionner ainsi dans le
côlon gauche cet étui d'étain lourdement chargé ? Ce ne
peut être évidemment que l'antipéristaltisme du côlon
distal, dont la musculature fut progressivement éduquée
et entraînée à ces puissants mouvements rétrogrades.

MOUVEMENTS PENDULAIRES

Nous serons bref à leur sujet :

Ce sont des déplacements en masse d'un segment colique, ils assurent le brassage du contenu intestinal et J.F.Guyon les décrit ainsi dans son article du *Dictionnaire de Physiologie* de Richet.

« Un segment d'intestin sur une longueur de quelques centimètres se balance alternativement de droite et de gauche sans modifications appréciables dans son calibre. »

Les mouvements pendulaires n'existent nettement qu'au niveau du côlon droit.

En résumé d'après l'étude de la motricité colique on peut diviser le gros intestin en plusieurs segments dont les fonctions nous semblent assez spéciales.

1° C'est d'abord après l'abouchement iléal une **vaste poche cæco-colique** droite, véritable réservoir animé de mouvements péristaltiques, anti-péristaltiques et pendulaires. Dans ce côlon droit les matières liquides déversées par l'iléon sont brassées, malaxées et se déshydratant progressivement prennent une consistance pâteuse. La durée du séjour des matières dans le côlon droit est de 4 heures environ. A l'état pathologique nous verrons que le plus souvent la stagnation stercorale se fait au niveau de la poche cæco-colique et les lésions de colites chroniques y auraient leur maximum d'acuité.

2° De la poche cæco-colique les matières sont poussées dans un **long conduit d'évacuation** constitué par la plus

grande partie du côlon transverse et du côlon descendant.

Dans ce segment du côlon le péristaltisme prédomine normalement et fait progresser le contenu colique vers le réservoir sigmoïdien.

3° Dans la **poche sigmoïde** les matières accumulées constituent le bol fécal que le péristaltisme du côlon sigmoïde et de l'ampoule rectale pousseront vers l'anus. Si la défécation ne se produit pas, si le malade fait effort pour ne pas aller à la selle, des ondes antipéristaltiques prennent naissance au canal anal, refoulent les matières fécales vers le côlon sigmoïde, puis se continuent avec plus ou moins d'intensité sur le côlon descendant. Elles peuvent refouler vers le côlon transverse et même vers le côlon droit une selle demi-liquide.

L'antipéristaltisme du côlon distal ne doit pas exister normalement chez le tout jeune enfant dont l'évacuation anale suit immédiatement le réflexe de la défécation. Les mouvements rétrogrades prendront naissance le jour où le sujet n'obéira pas immédiatement au besoin de la défécation.

Ils s'exagèrent sous l'action d'irritation ou d'inflammations chroniques ano-rectales et c'est un des facteurs probables de la constipation des hémorroïdaires et des fissuraires de tous ceux qui, pour des raisons diverses présentent une gêne de la défécation.

L'antipéristaltisme du côlon distal peut enfin se discipliner, s'amplifier considérablement, la preuve en est donnée par la curieuse pratique du « Planq » chez les forçats.

Cette étude nous permet de prévoir quels troubles seront

causés par l'anastomose iléo-sigmoïde qui, brusquement, déversera dans le côlon une abondante quantité de matières semi-liquides toxiques, irritant la muqueuse colique, provoquant l'antipéristaltisme du côlon gauche et causant le reflux des matières dans le côlon exclu.

CHAPITRE II

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'EXPÉRIMENTATION

L'expérimentation sur l'animal doit nous montrer comment fonctionne une bouche d'iléo-sigmoïdostomie et comment se comporte le long diverticule colique exclu par cette bouche anastomotique.

Depuis 1890 les expériences entreprises furent très nombreuses, leurs résultats étaient souvent contradictoires.

Hâtons-nous de dire que cette expérimentation qui pouvait avoir il y a 15 ans une grande valeur n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt documentaire. Le nombre d'iléo-sigmoïdostomies pratiquées sur l'homme, l'étude des résultats tardifs post-opératoires et surtout la Radiologie du fonctionnement de l'anastomose nous permettent d'avoir maintenant une opinion nette sur les dangers de l'exclusion colique.

Nous insisterons donc peu sur l'ensemble de ces recher-

ches expérimentales, nous nous attacherons surtout à montrer qu'elles s'opposent souvent aux faits observés chez l'homme.

1° Les premières recherches de Salzer et Von Hacken sont des exclusions pratiquées sur l'intestin grêle.

Ces auteurs montrent que dans une exclusion unilatérale du grêle, l'anse exclue, se contracte, se ratatine et s'atrophie : ce fait est très facilement explicable. Physiologiquement l'antipéristaltisme n'existe pas sur l'intestin grêle en dehors des cas de sténose. Le reflux dans l'anse exclue est donc impossible.

2° les expériences ultérieures de Von Trzebécki en 1895 et de M. le Prof. Duval en 1899-1900, montrent que l'animal supporte parfaitement l'iléo-sigmoïdostomie simple.

Nous savons maintenant que la simple anastomose latéro-latérale n'amène pas une mise au repos du cadre colique. Une très faible quantité de matières passent de l'iléon dans le côlon sigmoïde et la majeure partie du chyle continue son trajet normal vers le côlon.

Pour préciser ces premiers résultats, en 1900, Nannotti fit sur le chien une exclusion unilatérale du côlon par iléo-sigmoïdostomie — les résultats sont encourageants ; l'animal semble supporter parfaitement cette exclusion colique, la diarrhée profuse dans les jours qui suivent l'opération se calme bientôt et les matières redeviennent moulées. Nannotti pense qu'il se fait une modification du segment terminal de l'iléon qui s'adapte et joue le rôle fonctionnel du côlon. D'après ces résultats expérimentaux Labey, dans sa thèse en 1902, écrit que l'iléo-sigmoïdostomie est une opération physiologiquement permise « et que l'exclusion fonc-

« tionnelle de la plus grande partie du gros intestin est compatible avec une nutrition absolument normale ».

Cependant Drucbert, puis Lance en 1903, sont moins enthousiastes, leurs recherches expérimentales montrent que cette exclusion uni-latérale du côlon se complique de reflux des matières dans l'ause exclue.

Pour Drucbert quand on a supprimé fonctionnellement le gros intestin, celui-ci passe par deux phases.

1° Il se rétracte, se ratatine et le chyle versé directement de l'iléon dans le rectum est rapidement expulsé. « Diarrhée profuse post-opératoire ».

2° Au bout de quelques jours le côlon exclu perd sa tonicité, se laisse distendre et permet le reflux des matières qui s'accumulent, stagnent et finissent par former des copromes.

En 1907, M. Alglave fait paraître sur la question une étude très détaillée qui porte sur 44 interventions pratiquées sur différents animaux.

Parmi ces très nombreux cas expérimentaux, nous ne retiendrons que les 16 exclusions unilatérales pratiquées sur le chien, le porc et le chevreau.

Dans ces 16 cas l'iléon sectionné fut anastomosé en latéro-latérale ou bien implanté dans le côlon sigmoïde.

Les résultats obtenus montrent que :

L'animal supporte difficilement la suppression fonctionnelle de la presque totalité du gros intestin.

La diarrhée post-opératoire est profuse chez le porc, elle est persistante, détermine rapidement un amaigrissement et une déshydratation telles que ces animaux ne tardent pas à succomber.

Chez le chien, la diarrhée se calme en quelques jours

mais reparait chaque fois qu'on redonne à l'animal une alimentation carnée.

Si le porc survit peu à l'exclusion colique (14 jours, 23 jours, 4 mois), le chien au contraire, peut résister plus longtemps.

Certains de ces animaux vivent encore plus d'un an et demi après l'opération, mais alors il se présente dans un état grave de dénutrition et de misère physiologique. Ils sont somnolents, apathiques, leur poil est terne, sec et tombe en larges plaques.

La parasitose, la gale prend sur ces chiens une rapide extension.

La « maladie du jeune âge des chiens » évolue sur eux avec une exceptionnelle gravité.

Malgré un appétit formidable et une soif constante les chiens sont devenus extrêmement maigres.

Quelques-uns de ces sujets d'expérience furent sacrifiés pour vérifier les modifications survenues au niveau de la bouche anastomotique et sur le côlon exclu. Au cours de ces vérifications M. Alglave a noté que :

1° Dans la plupart des cas le fonctionnement de la bouche est parfait, on n'observe jamais dans les anastomoses faites en latéro-latérales cette dilatation en cæcum du moignon iléal signalée dans la communication de Frouin et Pozerski à la Société de Biologie de mars 1905 ;

2° L'Exclusion fonctionnelle du côlon est bien réalisée par l'iléo-sigmoïdostomie.

Le gros intestin est vide de matières solides depuis son origine jusqu'à la bouche anastomotique et « dans un cas où l'espace » manquait dans le rectum pour les loger ce

« n'est pas dans le côlon exclu qu'elles étaient accumulées
« mais dans l'intestin grêle lui-même. » Chez le porc cependant M. Alglave a noté que le côlon exclu très réduit dans toutes les dimensions contenait cependant des matières solides roulées en petites boules comme isolées sur le parcours de l'intestin à une distance plus ou moins grande de la bouche anastomotique.

Ce fait peut être différemment interprété. Nous ne souscrivons pas complètement à l'opinion émise par M. Alglave qui pense que ce sont là des matières existant dans le cadre colique au moment où fut pratiquée l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale.

Pour lui la section iléale aurait détruit le péristaltisme normal dans le segment exclu.

Les études radiologiques et la Physiologie nous montrent en effet que la section de l'iléon peut bien entraîner une diminution du péristaltisme colique car elle supprime l'excitation muqueuse due à l'arrivée des matières dans la poche cæco colique.

Mais cependant chaque segment du côlon possède un certain automatisme et son péristaltisme ne dépend pas du péristaltisme iléal.

Il nous semble donc que dans le cas signalé par M. Alglave la présence des matières dans le côlon exclu peut être dû au reflux intestinal.

C'est un fait rarement observé dans l'expérimentation sur l'animal. Dans ses observations sur l'animal, M. Alglave a de plus noté que :

Le côlon exclu par l'iléo-sigmoïdostomie n'ayant plus aucun rôle fonctionnel s'atrophie.

Atrophie avec rétraction, atrophie avec distension gazeuse.
Voici deux types de modifications observées et qui démontrent les effets certains de l'exclusion colique par l'iléo-sigmoïdostomie sur des animaux omnivores.

De tout ceci que faut-il conclure ? Les faits observés sur l'animal ne se sont pas trouvés vérifiés chez les malades opérés :

1° L'animal ne supporte pas la suppression fonctionnelle du côlon. L'homme, au contraire, peut assez facilement s'adapter à ce bouleversement du transit intestinal.

Les cas 1 et 2 que nous reproduisons à la fin de cette thèse se sont en fait terminés par des colectomies qui furent parfaitement supportées.

Dans le service de notre Maître M. le Dr Lardennois nous avons pu observer un certain nombre d'opérés de colectomie dont les résultats immédiats et tardifs restaient excellents ; on ne peut donc comparer le fonctionnement d'une iléo-sigmoïdostomie chez l'animal et chez l'homme.

L'animal obéit immédiatement au réflexe de la défécation. L'iléo-sigmoïdostomie provoquera chez lui une diarrhée post-opératoire abondante, contre laquelle il ne cherchera pas à lutter.

L'homme, au contraire, sait s'opposer au besoin de défécation, il provoque, éduque, l'antipéristaltisme recto-sigmoïdien contre la diarrhée post-opératoire déterminée par l'iléo-sigmoïdostomie.

Ceci est d'autant plus facilité par l'état antérieur du côlon distal déjà irrité et spasmé au cours des colites chroniques.

Nous verrons plus loin que c'est là toute l'histoire de la stase rétrograde dans le côlon exclu.

2^e PARTIE

LES ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES

Ces accidents sont de deux ordres :

1^o d'une part ils sont dus au fonctionnement défectueux de la bouche anastomotique amenant une sub-occlusion chronique de l'iléon.

2^o d'autre part ce sont les troubles fonctionnels déterminés par l'arrivée subite du chyle iléal dans le côlon sigmoïde.

La réaction colique se fait au-dessous de l'anastomose dans la poche sigmoïdo-rectale au-dessus de l'anastomose dans le long diverticule colique exclu.

CHAPITRE I

FONCTIONNEMENT DÉFECTUEUX DE LA BOUCHE ANASTOMOTIQUE

L'étude expérimentale a démontré l'existence de cette complication, nous l'avons notée dans nos deux observations.

Les accidents gênant le bon fonctionnement de la bouche sont imputables surtout aux modifications subies par l'iléon anastomose. Ce sont là des accidents communs à toutes les anastomoses iléo-coliques, tout de suite nous pouvons affirmer que certaines précautions de technique permettent de les éviter.

Nous croyons superflu de décrire en détails les différents temps opératoires d'une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale. En voici les points principaux :

L'iléon ayant été sectionné à quinze ou vingt centimètres

de son abouchement cæcal, le chirurgien a suturé puis enfoui le bout inférieur, le bout supérieur étant amené au contact d'un point quelconque de l'anse sigmoïde, l'anastomose peut se faire de deux façons.

Soit l'anastomose latéro-latérale.

Soit l'anastomose termino-latérale.

Chacune de ses anastomoses a ses partisans et ses détracteurs. L'abouchement latéro-latéral est sans doute de technique plus facile, mais nous allons voir qu'il peut entraîner des complications post-opératoires nombreuses et plus graves que l'implantation termino-latérale.

Les anastomoses iléo-sigmoïdes peuvent se faire soit au bouton soit au fil suivant la technique classique. Nous n'avons pas ici à discuter les avantages et les inconvénients de ces deux procédés.

Nous pensons que l'usage des boutons anastomotiques de Murphy ou de Jaboulay peut rendre de très réels services dans les cas où l'état du patient ne permet pas une intervention prolongée.

Cependant, pour le chirurgien adroit et technicien, l'anastomose au fil prolonge bien peu l'acte opératoire.

L'emploi de surjets au fil de lin ou au catgut fin assure une coaptation plus exacte des différentes tuniques intestinales, on peut enfin créer des abouchements larges donc plus facilement perméables.

Avant d'étudier les complications spéciales à chaque type d'anastomose iléo-sigmoïde nous voulons insister brièvement sur un point de technique déjà maintes fois signalé.

Affrontement des mésos péritonéaux en arrière de l'anastomose iléo-sigmoïde

Quand on abouche deux anses intestinales, dans le cas présent l'iléon au côlon sigmoïde, il faut avoir soin d'affronter exactement leurs mésos. On ferme aussi la brèche qui au niveau du détroit supérieur se trouvait constituée par l'anastomose iléo-sigmoïde en avant, le feuillet gauche du mésentère à droite, le feuillet droit du méso-sigmoïde à gauche, le péritoine pariétal postérieur en arrière. Si on négligeait la fermeture de cet anneau l'épiploon et les anses intestinales pourraient s'y engager : passant au-dessous de l'anastomose elle se prolaberait dans la cavité pelvienne. C'est là une disposition favorable à la production d'un étranglement interne.

Ce fut le cas d'une opérée de Giordano, cette malade, à la suite d'une iléo-sigmoïdostomie, fit brusquement une occlusion intestinale aiguë pour laquelle l'intervention trop tardive montra l'étranglement de la masse intestinale grêle engagée derrière l'anastomose.

Dans nos deux observations nous avons noté également l'engagement d'anses grêles dans la brèche des mésos non accolés, mais il n'existait aucun degré d'étranglement interne.

Cette complication est facilement évitable. Au moment de pratiquer l'anastomose iléo-sigmoïde, le chirurgien refoule avec soin la totalité des anses intestinales grêles vers la partie supérieure de l'abdomen où elles sont maintenues par un champ bien étalé.

L'espace compris entre le mésentère terminal et le meso-sigmoïde étant absolument libre, il faut avant toute chose placer un fil d'affrontement ultérieur de ces mésos.

Comme l'écrit notre maître, M. Lardennois. « Dans cette
« manœuvre on évite à coup sûr toute rencontre de vais-
« seaux si l'on a soin de pincer délicatement et de soule-
« ver suffisamment le feuillet péritonéal, que l'on veut
« prendre dans le fil.

« Ce fil dont les deux chefs seront repérés avec une
« pince ne sera serré qu'une fois les anastomoses terminées
« afin de laisser une mobilité suffisante aux segments intes-
« tinaux. Il fermera tout l'espace compris en arrière de
« l'anastomose barrant la route à l'intestin grêle. Autre-
« ment celui-ci risquerait de venir s'étrangler dans ce cou-
« loir ou bien par sa distension de repousser en avant les
« parties anastomosées en les étirant.

Fonctionnement de l'anastomose latéro-latérale

Il nous faut d'abord préciser la disposition des segments intestinaux.

Deux faits essentiels sont à noter :

1° Pour anastomoser l'iléon au côlon sigmoïde on doit déplacer l'anse iléale de la fosse iliaque droite vers la moitié gauche du pelvis, le mésentère terminal est donc rabattu de droite à gauche.

2° l'examen d'une bouche anastomotique latéro-latérale nous montre qu'il existe toujours un très court segment iléal sous-anastomotique formant un véritable cul-de-sac; un petit

cæcum grêle. Ceci est dû à ce que le chirurgien ne peut faire porter l'anastomose iléo-sigmoïde trop près du bout iléal qui, sectionné, fut suturé, puis enfoui.

Cette disposition de l'anastomose iléo-sigmoïde nous permettra de comprendre la production de ces deux accidents.

1° La dilatation du cul-de-sac iléal sous-anastomotique.

2° Le volvulus de l'anse iléale anastomosée.

1° Dilatation du cul-de-sac iléal sous-anastomotique

Dès que l'anastomose peut fonctionner, dès que les clamps à coprostase iléale sont enlevés, le chyle très abondant afflue vers la bouche d'iléo-sigmoïdostomie.

L'étude du fonctionnement de cette bouche a pu être faite grâce à la Radioscopie.

En effet que se passe-t-il dès que le chyle arrive au contact de l'anastomose ?

Un opéré ayant ingéré un repas bismuthé nous voyons sur l'écran Radioscopique, environ 3 heures après l'ingestion, que la colonne opaque atteint l'iléon terminal, elle arrive au contact de la bouche iléo-sigmoïde et tout de suite un peu de bismuth passe dans le gros intestin.

Mais la bouche s'est laissée surprendre par le contenu iléal, elle va réagir, et pendant quelques instants reste fermée puis l'évacuation de l'iléon dans le côlon sigmoïde reprend abondamment mais constamment pendant ce fonctionnement, nous voyons au-dessous de l'anastomose une sorte de petit diverticule où s'accumule le bismuth. C'est l'image radioscopique du cul-de-sac iléal sous-anastomotique. C'est à ce cul-de-sac qu'aboutissent les ondes péristaltiques du grêle, c'est vers lui que se fait normalement la progression

du chyle qui vient buter contre son fond puis ensuite est refoulé vers l'abouchement iléo-colique.

Le bout iléal est donc chroniquement soumis à de violentes et continuelles poussées car les contractions péristaltiques de l'intestin grêle sont puissantes.

Or dans l'anastomose latéro-latérale classique le cul-de-sac iléal est laissé libre, aucune fixation ne lui permet de s'adosser et de résister à la poussée du chyle.

En conséquence, progressivement le bout iléal se laissera distendre ; appendu au-dessous de l'anastomose il formera une poche à parois minces, d'aspect souvent piriforme, pouvant atteindre le volume d'une tête d'enfant.

Dans cette poche s'accumulent 300 à 500 grammes de chyle qui stagne, fermente et se putréfie.

La production de ce profond cul-de-sac sous-anastomotique a deux conséquences :

1° Il agit par son poids et tire sur l'anastomose.

2° Il est un foyer septique d'où peuvent diffuser des infections péritonéales graves.

2° Traction sur la bouche anastomotique

Le cul-de-sac dilaté pèse sur l'anastomose iléo-sigmoïde et l'attire en bas vers la cavité pelvienne. Le méso-sigmoïde s'oppose peu à cette traction.

Le mésentère, au contraire, se tend et forme une courte faux tendue de l'anastomose à la racine mésentérique collée au 1/3 interne de la fosse iliaque droite.

Retenue en haut et à droite par la faux mésentérique, tirée en bas par le poids du cul-de-sac iléal, l'anastomose iléo-sigmoïde est bridée et tend à se fermer.

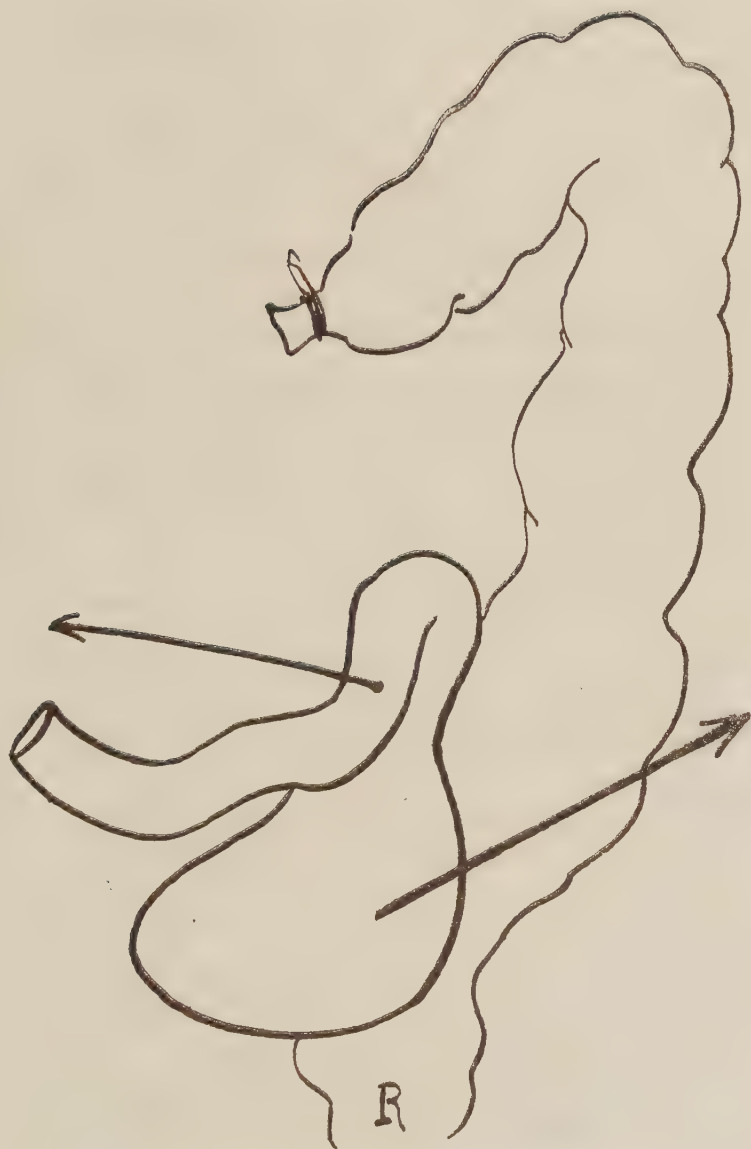


FIG. 1. — Anastomose latéro latérale. Cul de sac iléal dilaté. Coudures de l'anse iléale-anastomosée. Les flèches indiquent le sens de rotation et de traction dans les cas de volvulus de l'iléon anastomosé.

Cette occlusion de la bouche provoque un violent péristaltisme grêle qui lutte contre l'obstacle. Ce péristaltisme exagère la poussée du chyle dans la poche sous-anastomotique qui va peser et tirer de plus en plus sur l'anastomose.

C'est là un cercle vicieux dont l'aboutissant final serait l'occlusion complète ou la rupture du cul-de-sac iléal, mais fort heureusement la bouche anastomotique ne se ferme pas complètement, le grêle, dans les cas de subocclusion, finit toujours par forcer la permabilité de l'anastomose et un flot de chyle se déverse abondamment dans le côlon terminal.

En résumé, la traction de l'anastomose peut déterminer l'apparition d'une occlusion aiguë rapidement grave; le plus souvent on observe un syndrome d'obstruction intestinale grêle sur lequel nous reviendrons plus loin.

3° Stagnation du chyle dans le cul-de-sac iléal

La poche iléale placée au-dessous de l'anastomose ne vide dans le côlon sigmoïde que son trop plein, car la distention extrême des parois de la poche a détruit la contractilité de sa tunique musculieuse.

La stagnation du chyle dans cette sorte de vaste cœcum grêle aura pour conséquences :

1° La fermentation, la putréfaction des produits de stagnation.

2° Il se constitue là un nouveau foyer de stase d'où les produits résorbés viennent intoxiquer le malade.

3° L'infection colibacillaire du cul-de-sac est fatale. Cette inflammation diffuse et irrite la séreuse péritonéale, on peut observer soit une simple réaction séreuse péri-anasto-

motique ou bien des brides inflammatoires agglutinant et coudant les dernières anses iléales.

Le mésentère, le méso-sigmoïde sont eux-mêmes irrités.

Mais c'est surtout la mésentérite amenant la rétraction de ce méso qui peut avoir les graves conséquences sur lesquelles nous allons maintenant insister.

Volvulus de l'anse iléale anastomosée

Dans nos deux observations nous avons constaté au cours de l'intervention que l'iléon semblait être anastomosé à contre courant dans le côlon sigmoïde.

L'examen plus attentif de l'abouchement iléo-sigmoïde nous montra que l'anastomose avait été correctement faite, mais qu'il s'était produit une torsion iléale autour d'un axe transversal passant par l'anastomose.

Cette rotation iléale s'était faite dans le sens inverse des aiguilles d'une montre de telle façon que le cul-de-sac iléal sous-anastomotique s'était déplacé en haut et un peu à gauche.

Ce volvulus incomplet plicaturait, tordait sur elle-même l'anastomose et c'était là un nouveau facteur d'obstruction iléale.

Cet accident nous paraît déterminé par deux causes.

1° La Rétraction mésentérique. — Dans les deux cas observés la tranche de section mésentérique de l'iléon anastomosé n'avait pas été accolée au méso-sigmoïde, le bord mésentérique formait une faux tendue de l'anastomose à la racine du mésentère située dans la fosse iliaque droite.

La rétraction de cette faux mésentérique très épaisse ti-

rant en haut et à droite sur l'extrémité de l'iléon tendait ainsi à provoquer la rotation du bout iléal en haut et en avant. A cette cause principale s'ajoute :

2° *La traction des anses grêles immédiatement sus-jacentes à l'anastomose.* — En effet voyons comment se comporte l'intestin grêle immédiatement au-dessus de l'abouchement iléo-sigmoïde.

Dès que l'anse grêle n'est plus *soutenue* par les surjets qui l'amarrent au côlon sigmoïde nous la voyons brusquement se *couder* à angle aigu et l'anse iléale alourdie par son contenu se prolabe vers le pelvis.

Elle tire en bas et tend à faire tourner l'iléon anastomosé dans le sens *inverse* des aiguilles d'une montre.

Les différents accidents que nous venons de signaler se traduisent cliniquement par des crises de subocclusion chronique du grêle qui se combinent toujours à une réaction péritonéale d'intensité variable.

Les malades, dans ces cas, présentent un syndrome de König des plus net. *La douleur* survient 4 heures après le repas, d'abord c'est une sensation de pesanteur douloureuse péri ou sous-ombilicale, puis surviennent de véritables coliques extrêmement pénibles avec crises répétées paroxystiques. — La malade pâle, anxieuse, peut présenter alors des nausées, des vomissements.

Si nous pouvons examiner cette malade au moment d'un de ces paroxysmes douloureux, nous notons souvent une dilatation asymétrique de l'abdomen.

Dans le voisinage de l'ombilie nous voyons de plus se dessiner des ondulations, qui font saillie sous la paroi abdominale. Ces ondulations qui se déplacent *toujours* dans le



FIG. 2. — L'anastomose latéro-latérale doit être *adossée*.

même sens sont dues aux mouvements péristaltiques du grêle qui lutte contre l'obstacle iléo-sigmoïde.

La fin de cette crise est *brusque*, la bouche anastomotique s'est laissée forcer, la malade perçoit alors des bruits hydroaériques de glouglous, des borborygmes qui signalent l'arrivée en flot du chyle dans le colon sigmoïde, — une selle diarrhéique abondante suit de près la cessation de la crise.

Les crises de subocclusion peuvent se répéter deux, trois fois, par jour.

La malade se fatigue et s'intoxique, elle voit son état général périliter, une deuxième intervention devient alors nécessaire, elle montre les lésions que nous venons de décrire.

Comment éviter les accidents locaux de l'anastomose latéro-latérale.

Plusieurs points de technique sont à préciser.

1° On ne pourra pas éviter la formation d'un petit cul-de-sac iléal sous-anastomotique, mais on peut s'opposer à sa dilatation secondaire.

Ce cul-de-sac iléal se dilate parce qu'il n'est pas *appuyé* et nous recommandons de l'amarrer solidement au flanc du côlon sigmoïde par des points musculo-séreux.

Bien plus, nous croyons qu'on pourrait utilement l'inclure dans un repli de la paroi colique créant aussi un double plan résistant à la poussée du chyle.

2° Il faut éviter les tractions directes sur l'anastomose.

Nous avons déjà insisté sur l'importance d'une coaptation parfaite du mésentère et du méso-sigmoïde.

Non seulement cet affrontement des mésos ferme la brèche

retro anastomotique mais encore elle empêche la rétraction mésentérique qui tire sur l'anastomose et qui tord l'iléon.

3° Pour éviter la traction causée par l'anse grêle sus-anastomotique, nous croyons important d'adosser sur 10 ou 15 centimètres de long l'iléon et le colon sigmoïde par quelques points séparés musculo-séreux au catgut 00.

Il est certain qu'au point où cet adossement cessera l'anse iléale mobile fera un coude avec l'iléon juxta-anastomotique.

Cette coudure est là sans conséquences, car elle se fait loin de la bouche anastomotique et n'agit pas sur elle directement.

Fonctionnement de l'anastomose termino-latérale

Ce deuxième mode d'anastomose est loin de présenter les inconvénients graves signalés précédemment.

Au point de vue technique c'est l'implantation du bout supérieur iléal dans une brèche pratiquée sur la paroi du colon sigmoïde.

Ce type d'anastomose imite la disposition de l'abouchement iléo-cæcal. Comme l'a montré Kellogg, en disposant correctement les sutures de l'implantation iléo-sigmoïde on arrive à déterminer une saillie de l'abouchement iléal dans la cavité du colon sigmoïde, on réalise ainsi opératoirement l'ébauche d'une nouvelle valvule de Bauhin. Physiologiquement l'ondulation péristaltique de l'iléon pousse directement le chyle vers le colon sigmoïde.

Un accident post-opératoire de cette anastomose mérite

cependant d'être signalé. Nous avons vu que dans l'anastomose termino-latérale le bout iléal reste mobile en tout sens par rapport au côlon sigmoïde.

L'anse iléale sus-anastomotique alourdie par son contenu tend naturellement à se prolaber dans le pelvis, elle entraîne en bas le bout iléal implanté qui s'accôle au segment sous-anastomotique du côlon sigmoïde.

Cette disposition vicieuse entraîne la plicature de la bouche anastomotique, l'iléon fait traction sur l'anastomose qui se ferme, la subocclusion du grêle se constitue, le péristaltisme iléal s'exagère, lutte contre l'obstacle, l'iléon terminal se dilate, le chyle s'accumule, la traction sur l'anastomose augmente.

Finalement la bouche iléo-sigmoïde s'ouvre sous la poussée iléale et un flot de chyle se déverse dans l'ampoule sigmoïdo-rectale.

Au point de vue clinique ce sont les différentes phases que nous avons déjà décrites en étudiant la symptomatologie de l'obstruction du grêle.

Cet accident fut observé par M. Lardennois chez une opérée de colectomie chez laquelle on avait terminé par une iléo-sigmoïdostomie termino-latérale.

Ces accidents d'obstructions intestinales se manifestèrent 3 semaines après l'opération, leur intensité et l'état général grave de la malade déterminèrent une issue fatale 5 semaines après l'opération initiale.

Les constatations nécropsiques permirent de constater la fermeture de l'anastomose due à la ptose iléale.

Plus récemment chez un autre opéré nous avons pu observer avec le Dr Moure un accident semblable. L'iléo-sigmoï-



FIG. 3. = Anastomose termino latérale adossée

dostomie termino latérale avait été pratiquée pour exclure une tuberculose colique droite. Les suites opératoires étaient normales, quand brusquement au 8^e jour l'opéré présente une réaction violente péritonéale. A l'intervention pratiquée à nouveau on note une péritonite généralisée ; de plus l'exa-

men de l'intestin nous montre que les dernières anses iléales sont très distendues et ptosées dans le pelvis, le segment d'iléon au voisinage de l'anastomose est accolé au segment sous anastomotique du côlon sigmoïde ; au niveau de l'anastomose on voit les effets de la traction iléale qui a fermé la bouche iléo-sigmoïde. La poussée iléale fut telle qu'elle a par distension fait sauter une suture. Ce fut là le point de départ d'une péritonite septique diffuse.

Pour éviter cette complication de l'anastomose terminolatérale la technique à suivre est fort simple.

Les surjets d'implantation iléale étant terminés le mésentère et le méso-sigmoïde étant exactement affrontés le chirurgien devra prendre soin de *solidariser* sur 10 à 15 centimètres l'iléon et le côlon sigmoïde *au-dessus* de l'anastomose. Cet accollement en canon de fusil des deux intestins tend à *diriger* le cours du chyle iléal, il empêche les anses intestinales grêles d'agir directement par leur poids sur la bouche anastomotique.

C'est là un détail technique pratiqué et enseigné par notre maître M. Lardennois qui l'applique à tous les cas d'anastomoses terminolatérales iléo-coliques.

En conclusion dans ce chapitre nous avons précisé la nature des accidents qui déterminent le fonctionnement défec-tueux des anastomoses iléo-sigmoïdes. Nous avons montré que dans ces accidents, seule l'anse iléale anastomotique est en cause.

C'est sur elle que devra porter toute l'attention du chirurgien qui devra faire toujours des bouches anastomotiques *suspendues par l'adossement large* de l'iléon et du côlon sigmoïde au-dessus de l'anastomose,

CHAPITRE II

TROUBLES FONCTIONNELS DÉTERMINÉS PAR L'ANASTOMOSE ILEO-SIGMOÏDE

L'abouchement iléo-sigmoïde fait éviter aux matières le long parcours colique pendant lesquelles celles-ci se déshydratent dans le côlon droit, prennent leur consistance pâteuse normale dans le transverse et sont évacuées par le côlon gauche dans le réservoir sigmoïdien.

L'iléo sigmoïdostomie étant faite, l'iléon déverse directement son contenu semi-liquide, le chyle, dans la poche sigmoïdo-rectale.

Nous allons maintenant préciser comment se comporte le côlon terminal en présence de son contenu devenu brusquement abondant et diarrhéique.

L'abouchement iléo-sigmoïde a divisé la totalité du gros intestin en deux segments d'inégale longueur.

D'une part le segment sous-anastomotique très court

formé par le côlon sigmoïde ' en partie et la poche rectale.

D'autre part le segment sus-anastomotique, long diverticule terminé en cul-de-sac et formé par le côlon exclu.

Les troubles déterminés par l'iléo-sigmoïdostomie sont de gravité variable, ils vont se manifester dans chacun de ces segments coliques.

Pour mieux comprendre leur pathogénie il nous faut rapidement esquisser ce que nous pouvons appeler l'*Etat antérieur du grêle et du gros intestin* au moment où l'anastomose sera pratiquée.

1° État antérieur du gros intestin

Ce sont des lésions de colite chronique ayant déterminé des dilatations du côlon droit, des coudures par ptose ou par brides de péricolite.

Ce gros intestin est chroniquement enflammé par la stase intestinale entrecoupées de brusques poussées de colite aiguë avec selles diarrhéiques. Les parois coliques sont irritées, spasmées.

Sans vouloir donner une interprétation pathogénique nouvelle des colites rebelles, nous croyons avec notre maître, M. Lardennois, que bon nombre de constipations chroniques ont comme cause initiale non pas des lésions de la poche cæco-colique droite mais au contraire des troubles portant sur la portion terminale du côlon gauche sur le rectum et sur l'anus.

Spasme colo-sigmoïde ou sigmoïdo-rectal, asynergie recto-anale, irritation chronique recto-sigmoïdienne constituent les causes principales de ce que Herz appelle la dyschesie.

C'est dans la poche sigmoïdo-rectale que siègera le plus souvent la gêne fonctionnelle dont les effets se manifesteront très loin surtout au niveau de la poche cæco-colique.

Nous pensons que dans près de 80 0/0 des cas les troubles d'évacuation du côlon gauche sont primitifs, l'inflammation du cadre colique, les brides de péricolite, la typhlatonie, la dolichocolie, et même le *mega-colon* sont des lésions secondaires.

2° Etat antérieur de l'intestin grêle

La stase colique détermine un ralentissement du cours du chyle dans l'intestin grêle, bien plus, comme l'a montré Wilms, la stase cæcale a pu retentir sur l'évacuation gastrique qui est retardée.

L'affection colique en effet se complique toujours de troubles graves de la digestion et de l'assimilation gastro-intestinale.

L'intestin grêle présente une hypersécrétion muqueuse, phénomène réflexe en tous points comparable au réflexe œsophago-salivaire des sténoses œsophagiennes.

On comprend donc pourquoi chez les malades présentant des colites chroniques graves et rebelles le chyle de l'iléon terminal est : 1° très abondant ; 2° il contient des produits toxiques, résidus de la digestion incomplète des hydrocarbures, des graisses et des albumines.

Voilà, très brièvement précisé, l'état des conduits intestinaux qui vont être anastomosés.

En somme, d'une part on a le côlon sigmoïde irrité, spasmé, dont le contenu habituel se réduit à quelques matières dures.

D'autre part l'iléon terminal dont le contenu est abondant, toxique, irritant.

Ceci nous laisse prévoir les effets de l'abouchement iléo-sigmoïde.

Le chyle iléal provoquera une violente réaction colique dont les effets se feront sentir.

Au-dessous de l'anastomose, diarrhée banale post-opératoire.

Au-dessus de l'anastomose reflux des matières dans le côlon exclu, ce qui constitue la principale complication de l'iléo-sigmoïdostomie.

§ 1. — Diarrhée post-opératoire

Ce n'est pas à vrai dire un accident post-opératoire mais un fait banal d'observation chez tout opéré d'iléo-sigmoïdostomie.

Le soir même de l'opération le malade qui était un constipé chronique va présenter 4 et 5 selles abondantes et liquides. Dans les jours qui suivent cette diarrhée peut atteindre 12 et 15 selles en 24 heures, elle s'accompagne d'épreintes et de tenesme rectal, elle résiste à tout traitement opiacé. En 10 ou 15 jours la diarrhée diminue, le malade a 2 ou 3 selles demi-liquides dans la journée ; elles surviennent 4 ou 5 heures après le repas et marquent l'arrivée du chyle dans le segment terminal de l'iléon.

Progressivement enfin la diarrhée disparaît et l'opéré peut avoir des selles moulées.

La diarrhée post-opératoire est donc transitoire. Abon-

dante, impérieuse dans les premiers jours qui suivent l'opération, elle s'accompagne de rectite comme l'examen rectoscopique a permis de le constater.

Elle est due à l'abondance du contenu liquide dans l'intestin terminal, elle est aggravée par l'irritation de la muqueuse sigmoïdo-rectale par le chyle toxique.

Voici à ce sujet l'opinion de M. le Professeur Hartmann que nous trouvons mentionnée dans un des *Bulletins de la Société de chirurgie*, « Peut-être faut-il tenir compte pour » expliquer les diarrhées notées dans les opérations (iléo-« sigmoïdostomies) pour occlusion chronique de l'arrivée « dans le côlon pelvien de matières putréfiées.

« Ces diarrhées seraient alors comparables à celles qu'on « voit survenir après la gastro-entérostomie dans certaines « sténoses pyloriques lorsque l'estomac est rempli de li-« quides infects au moment de l'opération ».

Nous avons vu que tout individu présentant de la stase intestinale chronique est toujours en plus un dyspeptique, un entéritique, on pourrait dire sous une forme imagée que « la constipation colique s'accompagne toujours d'une diarrhée de l'intestin grêle ».

L'anastomose iléo-sigmoïde met en évidence cette réaction de l'intestin grêle, elle nous montre comment, dans les premières semaines qui suivent l'opération, le moindre écart de régime provoque une recrudescence de la réaction intestinale grêle, ce qui se traduit par une reprise de selles diarrhéiques abondantes.

Puis à la longue la vidange de l'intestin grêle se faisant facilement, les lésions entéritiques et dyspeptiques s'atténuent, le contenu iléal diminue d'abondance et de toxicité.

C'est à cela qu'en partie nous devons la diminution de la diarrhée qui coïncide avec une amélioration manifeste de l'état général.

Mais alors que tout semble aller pour le mieux une autre complication, grave celle-là, se manifeste dans le côlon exclu.

C'est ce que nous voulons maintenant étudier.

§ 2. — Reflux des matières dans le côlon exclu

L'étude des suites opératoires éloignées de l'iléo-sigmoïdostomie et l'examen radioscopique des opérés ont pu démontrer qu'il existait *toujours* du reflux des matières dans le côlon exclu.

En effet, que voyons-nous à la radioscopie, quand nous examinons trois semaines environ après l'opération, le fonctionnement d'une anastomose iléo-sigmoïde.

Trois ou quatre heures après l'ingestion du repas bismuthé, la colonne opaque atteint la bouche anastomotique.

Le bismuth déversé dans le côlon sigmoïde, s'y accumule en partie et tend à progresser vers l'anus, mais toujours nous voyons qu'une fraction de ce bismuth reflue dans le côlon gauche sus-anastomotique.

48 heures après ce premier examen, nous pouvons, dans certains cas, retrouver du bismuth dans le côlon transverse, et même dans le côlon droit. C'est ce que nous avons mentionné dans l'observation n° 1, où le bismuth en petites quantités inégalement réparties donnait au cadre colique exclu un aspect « marbré et nuageux ».

La constatation de ce reflux fut observée également par Case qui, après de très nombreuses études radiologiques d'iléo-sigmoïdostomie, en arrive aux conclusions suivantes :

« Dans chaque cas, sans exception, où j'ai fait l'examen « radiologique, à la suite d'une iléo-sigmoïdostomie j'ai « observé cet antipéristaltisme dans la moitié gauche du cô-
« lon. Bien que je n'aie vu dans aucun cas de véritables
« ondes nettement définies, le fait que ce mouvement rétro-
« grade n'est pas dû seulement à une surabondance de
« matières venant du côlon pelvien, est démontré par cet
« autre fait que souvent de petits bols de matières opaques
« trouveront leur chemin dans le côlon transverse, avant
« que le côlon distal ait eu le temps de se remplir ».

Quelles sont les causes du reflux ? Trois points sont à préciser :

1° En étudiant la motricité colique, nous avons démontré que l'antipéristaltisme du côlon gauche existait normalement. Le seul effort du sujet pour retarder l'évacuation d'une selle qui se présente à l'anus suffit à provoquer l'ondulation rétrograde qui fait remonter le bol fécal vers l'ampoule sigmoïde et quand la selle est diarrhéique, peut la refouler dans le côlon transverse et dans le côlon droit.

2° Les irritations chroniques du côlon terminal provoquent du spasme recto-sigmoïdien ou recto-anal, exaltent en même temps l'antipéristaltisme du côlon gauche.

3° Dans un grand nombre de colites rebelles la cause initiale porte au niveau du côlon terminal et c'est dans un côlon déjà spasmé, irrité, que le chirurgien vient aboucher l'iléon qui va déverser le contenu abondant et toxique d'une digestion incomplète des graisses et des albumines.

Nous avons vu la première phase de la réaction colique qui se traduit par une diarrhée abondante et du ténésme rectal. En quelques jours cette diarrhée s'est calmée. Le chyle qui est alors déversé par l'iléon est moins abondant et moins irritant, car l'iléon se draine facilement mais de plus dès que le contenu iléal arrive dans la poche sigmoïde, les ondulations rétrogrades du gros intestin le refoulent en partie dans le côlon exclu. Jusqu'alors rien de bien grave, les matières s'accumulent dans le côlon descendant, s'y déshydratent, puis, devenues de consistance normale, elles peuvent redescendre vers l'anus poussées par les mouvements péristaltiques du côlon terminal.

C'est alors que chez cet opéré la diarrhée a disparu, les matières sont moulées et normales.

Le reflux, s'il restait limité au côlon gauche immédiatement sus-jacent à l'anastomose, ne serait pas un inconvénient bien grave.

Certains auteurs ont même pu penser que loin de constituer une complication le reflux sus-anastomotique était à désirer car il permettait au dernier temps de la digestion intestinale de s'opérer dans la partie gauche du côlon exclu qui s'adaptait à cette nouvelle fonction.

Malheureusement le reflux colique ne se limite pas toujours au côlon gauche les matières peuvent rétrograder très loin dans le cul-de-sac colique, franchissant l'angle splénique, elles viennent s'accumuler dans le transverse, puis à la longue elles gagnent le côlon droit et le cæcum.

Le degré du reflux est conditionné par la perméabilité plus ou moins grande du cadre colique.

Il est incontestable que dans bon nombre de cas le reflux

colique a pu se trouver arrêté au niveau d'un angle splénique sténosé.

Il est également certain que dans quelques cas de colites graves et anciennes ayant réduit le côlon à un tube étroit à parois épaisses, dures, et non contractiles, le reflux des matières s'est fait difficilement dans un court segment du colon exclu. Ces cas ne sont pas fréquents. Habituellement le côlon exclu reste assez perméable et il est bien difficile, au moment de l'intervention, d'affirmer que le reflux sera seul limité au côlon gauche.

Le point important à connaître, c'est que le reflux existe et qu'il peut engendrer dans un temps plus ou moins long de la *Stase rétrograde*.

§ 3. — **Stase rétrograde dans le côlon exclu**

La stase rétrograde n'est définitive que si les matières viennent refluer dans le transverse et surtout dans le cul-de-sac cæcal.

A ce niveau, aucune ondulation péristaltique ne sera assez puissante pour les repousser au delà de l'angle splénique.

En effet, le péristaltisme du côlon exclu existe, mais il est très diminué ; la section iléale n'a pas interrompu l'excitation nerveuse qui actionne successivement les différents segments de tractus intestinal, et fait progresser leur contenu vers l'anus. L'exclusion colique a supprimé l'excitation muqueuse causée par l'arrivée du chyle dans le cæco-côlon droit et le bol fécal migrant vers l'anus, ne

viendra plus balayer le contenu colique. En conséquence, les matières ayant pu refluer jusque dans le côlon droit, vont y stagner, se putréfier, formant à la longue des copromes, masses arrondies, extrêmement dures, formées de matières fécales desséchées.

A la stase rétrograde des matières, il faut ajouter la stagnation des produits de desquamation et de sécrétion de la muqueuse colique. C'est un fait bien connu, que toute anse intestinale exclue continue à se comporter au point de vue sécrétoire, comme si elle se trouvait encore en continuité avec le reste de l'intestin.

La muqueuse enflammée du côlon exclu secrète et desquame abondamment. Ces produits septiques ne seront pas évacués, ils stagnent et se mélangent aux copromes et contribuent ainsi à aggraver la stase rétrograde.

Conséquences de la stase rétrograde

Il se passera ce qu'on observe chaque fois que des matières stagnent. Elles se putréfient et leurs produits de résorption viennent intoxiquer gravement le malade.

Elles créent fatalement un gros foyer d'infection et les lésions de colites anciennes s'accroissent.

Dans l'observation n° 1, nous avons noté les effets de cette stase stercorale sur les parois coliques, en particulier au niveau du cæcum qui apparaissait distendu par un coprome du volume du poing.

L'observation n° 2 montre plus nettement les effets de la poussée rétrograde des matières dans le côlon exclu : le

chirurgien anglais qui avait opéré une première fois cette malade dut intervenir et réséquer le segment colique où s'était accumulé des fécalomes — il fit une hémicolectomie droite — un an après la malade présentait à nouveau des accidents dus à la stase rétrograde. M. le Dr Lardennois intervint sur cette malade. A l'ouverture de l'abdomen, il semblait tout d'abord que le cadre colique existait en totalité. A droite se trouvait une poche ayant l'apparence du côlon ascendant, mais l'examen de la poche sous-hépatique droite montra nettement qu'il s'agissait d'un cul-de-sac dû à la poussée des matières qui avaient progressivement distendu, allongé le fond du côlon transverse réséqué.

C'est bien là un cas semblable à celui observé par De Quervain et dont nous voulons reproduire schématiquement l'observation.

Obs. De Quervain. *Archiv. für Klinische chirurgie.* Juin 1911

Il y a 8 ans une malade qui présentait une constipation opiniâtre, telle qu'on avait conclu à un rétrécissement néoplasique de l'intestin, fut opérée.

1^{re} opération. Côlon allongé avec péricolite.

Abstention.

Les troubles allant en s'aggravant :

2^e intervention iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale. Résultats encourageants au début. Selle quotidienne, puis apparition dans la fosse iliaque droite d'une tumeur boudinée, due à la stase fécale rétrograde.

La malade ayant eu des coliques hépatiques, on profite de l'intervention sur les voies biliaires pour pratiquer l'ablation du cæcum et du côlon ascendant. Amélioration.

Puis progressivement le cul-de-sac colique en amont de l'anastomose est le siège d'une nouvelle dilatation considérable qui s'accompagne de douleurs dans l'hypochondre droit.

L'intervention montra la formation d'une poche due à la distension du fond du côlon transverse.

Symptômes de la Stase Rétrograde

Après une phase indiscutable d'amélioration survenant après l'iléo-sigmoïdostomie, ces malades reviennent consulter parce qu'ils observent la reprise des troubles qui avaient motivé l'intervention initiale.

Les pesanteurs, les douleurs réapparaissent à l'épigastre dans la fosse iliaque, dans la région lombaire.

La malade perd l'appétit, a des nausées, des migraines, l'amaigrissement rapide devient inquiétant. Point important : ces troubles ne s'accompagnent plus de constipation, cependant après être allée à la selle la malade a la sensation particulière d'avoir *incomplètement vidé son contenu* intestinal, elle use et abuse à nouveau des lavements et des purgatifs qui restent sans effet.

L'abdomen augmente de volume ; ce ballonnement peut subitement s'accroître pendant quelques jours ; à ce moment l'état général de la malade s'aggrave. Des nausées, des vomissements surviennent ; c'est le tableau d'une occlusion intestinale qui se précise, mais fait important il y a persistance des matières et des gaz.

Ces cas ont pu nécessiter d'urgence une cœcostomie qui n'amène qu'une amélioration passagère.

Cependant, d'une façon générale, les poussées inflammatoires n'atteignent pas toujours cette acuité.

Les crises cessent souvent après quelques jours de repos au lit avec glace sur l'abdomen. Dans quelques cas l'examen de ces malades a pu permettre de sentir collée dans la fosse iliaque droite une masse dure et douloureuse constituée par les copromes accumulés dans le cæcum.

La stase rétrograde est la complication la plus grave de l'iléo-sigmoïdostomie.

Le chirurgien peut-il l'éviter. Différents procédés opératoires ont été essayés.

Moyens proposés pour éviter le reflux colique

Une sténose portant en un point du côlon exclu peut, dans une certaine mesure, limiter le reflux des matières.

Chirurgicalement on a tenté de s'opposer au reflux en créant à faible distance au-dessus de l'anastomose iléo-sigmoïde une plicature du côlon descendant qui en réduisait le calibre et pouvait en constituer une barrière suffisante. C'était là une erreur de conception.

Ou bien le rétrécissement est peu marqué et le reflux se fait d'autant plus facilement que ce sont des matières semi liquides qui sont refoulées dans le côlon exclu.

Ou bien ce rétrécissement colique est très serré et le reflux ne pourra plus se faire mais il empêche le drainage du diverticule colique dans le réservoir sigmoïde.

Les sécrétions et la desquamation de la muqueuse colique s'accumulent et, dans ce vase clos elles peuvent provoquer des accidents graves, observés dans les cas où l'exclusion bilatérale du côlon fut tentée.

Au lieu de créer un rétrécissement sus-anastomotique, Lane a pensé utiliser comme barrière l'éperon muqueux qui siège à l'union de l'anse sigmoïde et de l'ampoule rectale, il pratiquait alors une iléo-rectostomie.

Nous connaissons anatomiquement cette valvule sigmoïdo-rectale qui fait dans la lumière intestinale une saillie semi-lunaire.

Bensaude dans son « Traité d'endoscopie recto-colique » la décrit ainsi : « A onze centimètres (quelquefois 12, et même « 14 centimètres) se trouve la valvule recto-sigmoïde en « forme de croissant marquant l'entrée du côlon pelvien. « Cette valvule est surtout visible dans la position genu- « pectorale et paraît produite artificiellement par cette po- « sition.

« Elle se distingue des valvules rectales mentionnées plus « haut par ce fait qu'elle disparaît sur le cadavre, le plus « souvent elle siège à gauche, rarement à droite et elle est « exceptionnellement étendue transversalement au devant « du tube.

« Parfois la valvule fait défaut, elle est alors remplacée « par une série de plis diversement disposés, au centre des- « quels se trouve plus ou moins apparente la lumière de « l'S iliaque. »

La formation de cette valvule est diversement interprétée, elle peut être due à un spasme permanent sigmoïdo-rectal.

Ce spasme est souvent la cause méconnue de troubles graves de stase intestinale chronique.

En réalité la valvule semble surtout être déterminée par la condure que fait le côlon sigmoïde mobile prolabé dans la cavité pelvienne avec le rectum fixe plaqué contre la concavité sacrée.

La valvule recto-sigmoïde est sujette à de nombreuses variations individuelles, elle varie avec la situation du côlon pelvien et son degré de distension, aussi l'iléo-rectostomie de Lane nous semble bien aléatoire dans ses résultats pratiques. Nous ajouterons enfin que l'iléo-rectostomie est souvent de technique difficile. Dans les cas fréquents chez la femme où le bassin est étroit et le rectum très fixé, le chirurgien pour placer son implantation termino-latérale, est obligé de travailler à bout de doigts, et ne peut extérioriser les segments intestinaux à anastomoser.

Dans ces cas l'anastomose au bouton de Murphy peut être rendue nécessaire, on peut se servir avantageusement de la pince spéciale porte-bouton imaginée et décrite par M. H. Lardennois, de Reims, dans sa thèse de 1899.

Mais les résultats de l'iléo-rectostomie ont montré qu'elle n'évitait pas le reflux. On ne peut, en effet, s'opposer efficacement aux mouvements rétrogrades du côlon gauche.

Aucun artifice de technique n'arrive à ce résultat et une anastomose iléo-sigmoïde ou iléo-colique ayant été pratiquée, il est impossible au chirurgien de savoir où se limitera le reflux colique.

En conclusion, l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale du côlon peut donc toujours se compliquer de stase rétrograde.

En voulant traiter une stase colique incomplète on peut provoquer ultérieurement des accidents des stases définitives nécessitant une exérèse secondaire du côlon exclu.

Cette opération, grave par les complications qu'elle détermine, est donc à rejeter et nous ne pouvons l'admettre que dans les deux cas suivants :

1° Quand il s'agit de colites très graves ayant déterminé des lésions pariétales, telles que le côlon ne forme plus qu'un tube rigide à parois épaisses à lumière étroite ;

2° Quand l'iléo-sigmoïdostomie n'est que le premier temps d'une colectomie secondaire.

Il est certain que pendant ces dernières années en Angleterre, en Amérique, en France, la colectomie fut assez fréquemment pratiquée dans le traitement de la stase intestinale chronique. Mais quelle que soit l'habileté du chirurgien la colectomie reste une opération très grave, très shockante par les tractions et les décollements coliques qu'elle nécessite, il nous semble qu'elle est considérablement disproportionnée avec la gravité des lésions de colites rebelles.

Dans ces conditions la question qui se pose est de savoir si d'autres anastomoses peuvent être préférées à l'iléo-sigmoïdostomie.

C'est ce que nous allons étudier dans le dernier chapitre de cette thèse.

CHAPITRE III

LES OPÉRATIONS DE DÉRIVATION QUI DOIVENT REMPLACER L'ILÉO-SIGMOÏDOSTOMIE AVEC EXCLUSION UNILATÉRALE

Dans le traitement des colites rebelles toute anastomose de dérivation devrait satisfaire aux conditions suivantes :

1° Dériver le cours des matières et mettre au repos les lésions coliques ;

2° Permettre au cadre mis au repos de drainer facilement ses sécrétions muqueuses toujours infectées.

L'exclusion unilatérale du côlon par l'iléo-sigmoïdostomie n'atteint pas ce but.

Quelles sont donc les opérations d'anastomose qui peuvent nous donner satisfaction.

En étudiant la physiologie motrice du côlon nous avons vu qu'on pouvait diviser schématiquement le gros intestin en trois segments :

1° Une poche caeco-colique droite qui constitue un deuxième estomac où certains aliments achèvent les dernières étapes de leur digestion ;

2° De cette poche part un long conduit évacuateur formé par la presque totalité du côlon transverse et par le côlon descendant ce conduit aboutit à

3° Une poche sigmoïdo-rectale, poche bilobée où s'amassent les matières fécales qui seront évacuées par l'anus.

Tout obstacle portant en un point quelconque de ces trois segments coliques retentit surtout sur le réservoir caeco-colique droit.

Par exemple une sténose, un spasme, une irritation sigmoïdo-rectale gênant l'évacuation des matières se manifeste seulement par des troubles au niveau du côlon ascendant et du cæcum.

On conçoit donc qu'une bonne anastomose de **drainage** du cadre colique devra porter sur le point où la stagnation est maximum, donc sur le cæcum, elle abouchera le fond de la poche caeco-colique avec le réservoir formé par le côlon sigmoïde.

Cette typhlo-sigmoïdostomie aura donc les avantages suivants :

1° Elle draine au point décline le segment du côlon où la stase est la plus accentuée.

Le cadre colique mis en dérivation « peut évacuer librement » son contenu, ses sécrétions et ses gaz par ses deux extrémités droite et gauche largement ouvertes dans l'S iliaque. C'est un avantage capital on en conviendra et que ne présente aucune autre opération palliative. »

(Lardennois, Okinczye).

La typhlo-sigmoïdostomie peut se faire de deux façons.

On peut pratiquer : soit la typhlo-sigmoïdostomie simple latéro-latérale.

Soit la typhlo-sigmoïdostomie en Y, opération préconisée et réglée par MM. Lardennois et Okinczye, en 1913.

Nous allons étudier ces deux types d'anastomoses et nous montrerons les résultats qu'on peut en espérer.

1° La typhlo-sigmoïdostomie simple

C'est une simple anastomose latéro-latérale entre le fond du cæcum et la portion moyenne de l'anse sigmoïde.

Le chirurgien fera une bouche assez large en appliquant la technique classique des anastomoses intestinales latéro-latérales. Si le cæcum est volumineux, distendu et ptosé, on pourra pratiquer la résection du fond du cæcum et terminer par une implantation de la tranche de section dans une brèche pratiquée dans la paroi du colon sigmoïde. Avant de pratiquer cette typhlo-sigmoïdostomie on aura soin de placer un fil faufilé dans le péritoine pariétal et le méso-sigmoïde. L'anastomose étant terminée ce fil servira à réaliser l'affrontement des méso-s et ferm^{er} la gouttière constituée en arrière de l'anastomose par le mésentère et le péritoine pariétal postérieur et le méso-colon pelvien.

Fonctionnement d'une typhlo-sigmoïdostomie simple. — Cette étude doit être faite à la radioscopie. Comme l'ont montré M. le Professeur Duval et J. Ch. Roux. « La « bouillie-bismuthée venant de l'intestin grêle emplit le « cæcum et tout d'abord comme dans la gastro-entérosto-
« mie une assez forte portion passe dans le rectum. Mais ce

« n'est que le temps de la surprise de la néo-bouche, tout
« aussitôt la progression régulière se produit. Les deux tiers,
« les trois quarts de la bouillie opaque pénètrent dans le cô-
« lon ascendant et prennent la voie colique normale, une
« faible, très faible portion, même lorsque la caeco-sigmoï-
« dostomie est très large, passe dans le rectum.

« Vaut-on, maintenant, examiner la manière dont les opé-
« rés évacuent leur côlon ? on se rend compte qu'ils passent
« par deux périodes : la première période d'adaptation com-
« porte l'évacuation de quelques selles diarrhéiques mu-
« queuses en pleine putréfaction, puis ces troubles disparaîs-
« sent et l'évacuation colique se fait suivant le mode nor-
« mal ; les matières ont les caractères normaux, de temps
« à autre survient une selle diarrhéique et muqueuse. Il
« semble que l'anastomose caeco-sigmoïdienne ne fonctionne
« pas lors de la progression intermittente des matières dans
« les côlons et ne sert que de drainage des produits sta-
« gnants dans le fond du caecum.

« L'anastomose n'est pas un tout à l'égout caecal, elle
« n'intervient en rien, semble-t-il, dans le travail normal du
« segment colique vis-à-vis des matières venues du grêle,
« elle ne sert que pour l'évacuation hors du côlon droit di-
« laté des produits liquides anormaux non résorbables qui
« stagnent en son segment déclive.

Monsieur Aubourg, dans l'étude radioscopique d'une opé-
rée de MM. Lardennois et Okinczyk, avait constaté le fonc-
tionnement identique d'une typhlo-sigmoïdostomie simple.

La bouche fonctionnait imparfaitement et une partie du
bismuth continuait sa migration dans le cadre colique.

Malgré l'absence d'une mise au repos complète du côlon

les résultats cliniques sont hautement encourageants.

Dans un certain nombre de cas publiés encore récemment par M. le Professeur Duval l'amélioration survenue chez ses opérés fut complète et durable.

Les nombreux chirurgiens qui pratiquent aujourd'hui la typhlo-sigmoïdostomie simple n'ont qu'à se louer des résultats obtenus. Il semble donc que le simple fait d'avoir créé au fond du cæcum une *soupape de sûreté* améliore rapidement les lésions coliques.

D'après ces résultats on est arrivé à se demander si la *mise au repos complète* du côlon doit être recherchée dans le traitement des *colites rebelles*.

Le chirurgien ne doit-il pas avoir seulement pour but de drainer les produits toxiques irritants déversés par le grêlè.

Dès qu'un spasme colique arrête les matières, dès qu'un obstacle se précise ou s'accuse, l'abouchement cæco-sigmoïde est là tout près pour assurer la dérivation du cours des matières.

A ce sujet M. le Professeur Duval écrit ceci :

« Je crois qu'il faut considérer les anastomoses iléo-coliques ou colo-coliques quel que soit leur mode anatomique
« uniquement comme des bouches de décharges partielles
« des côlons et ne jamais leur demander l'exclusion réelle
« du segment colique sus-jacent.

« Comme bouches de drainage simple du côlon ce sont
« d'admirables opérations, comme procédés d'exclusion réelle
« du segment colique sus-jacent elles sont toutes illusoires
« et s'accompagnent toutes du danger de la rétention lorsqu'elles sont faites avec l'exclusion unilatérale *des côlons* ».

À côté des résultats de la typhlo-sigmoïdostomie simple nous voudrions insister sur un autre type d'anastomose : la typhlo-sigmoïdostomie en Y imaginée et pratiquée par MM. Lardennois et Okinczye depuis 1913.

2° La typhlo-sigmoïdostomie en Y

Nous allons indiquer sommairement les temps principaux de cette intervention dont la technique détaillée est décrite dans le *Journal de chirurgie* de mai 1913.

1° Pour pratiquer la typhlo-sigmoïdostomie en Y le chirurgien extériorise d'abord l'S iliaque et le cæcum, le pelvis est vidé des anses grêles, le promontoire est bien exposé.

2° Mise en place d'un fil d'affrontement des mésentères.

3° Mise en place des clamps à coprostase du cæcum et du colon sigmoïde.

4° Section de l'S iliaque et de son méso. Le bout supérieur de l'S iliaque est soigneusement enveloppé de compresses. Le bout inférieur protégé par une pince de Kocher qui clôt hermétiquement sa tranche est porté au contact du cæcum.

5° Surjet séro-séreux amarrant le cæcum et le bout inférieur de l'S iliaque ;

6° Résection du fond de cæcum et abouchement typhlo-sigmoïdien ;

7° Implantation en termino-latérale du bout supérieur de l'S iliaque dans le segment sigmoïdo-rectal.

La typhlo-sigmoïdostomie en Y est certainement comme l'écrivent MM. Lardennois et Okinczye, une opération plus

longue de moitié que la typhlo-sigmoïdostomie latérale. Elle exige beaucoup plus de vigilance, d'attention dans les manœuvres de protection et d'asepsie mais ses résultats sont bien plus parfaits.

Dans leur article MM. Lardennois et Okinczyk insistent également sur l'importance de la résection du fond du cæcum qui facilite l'anastomose typhlo-sigmoïde.

Cette résection doit porter sur le point le plus déclive du cæcum sinon on peut voir comme nous l'avons observé une fois sur une pièce expérimentale le fond du cæcum rempli se distendre et venir peser sur la portion sigmoïdienne de l'anastomose en gênant son fonctionnement.

Avec la typhlo-sigmoïdostomie en Y le drainage colique est obtenu plus complètement qu'avec la simple anastomose latéro-latérale.

Nous avons pu en vérifier le fonctionnement dans 2 cas. L'examen radioscopique montre que la presque totalité du contenu opaque est déversé dans le côlon sigmoïde, une très faible quantité continue sa progression dans le cadre colique. Dans le cadre colique mis ainsi en dérivation on n'observera **jamais de reflux des matières** Par ses deux extrémités, le côlon draine facilement ses produits de sécrétion. Il nous semble que ce type d'anastomose constitue l'opération de choix dans le traitement des colites rebelles.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — M. LARDENNOIS (*inédite*).

Mme M... Blanchisseuse, âgée de 53 ans.

Bien portante jusqu'en février 1918, époque à laquelle cette malade commence à souffrir. Douleurs abdominales en cadre très violentes survenant par crises, se terminant assez brusquement par l'émission d'une selle diarrhéique, dans laquelle on constate l'existence de glaires sanguinolentes.

Pendant ces crises douloureuses fréquentes qui se répètent tous les deux ou trois jours, la malade a noté un météorisme abdominal très accusé prédominant dans la moitié droite de l'abdomen et au creux épigastrique.

En août 1918 ces symptômes s'aggravent et la malade, affaiblie, présentant un très mauvais état général, entre à l'hôpital Laënnec.

Les examens cliniques et radiologiques de cette malade montrant des lésions graves de colite, elle se décide à l'intervention chirurgicale qu'on lui propose.

Le 16 septembre 1918 on pratique une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec exclusion unilatérale du côlon.

Les suites opératoires sont normales. La diarrhée post-opératoire est abondante mais en 10 jours la malade n'a plus que 4 selles demi-liquides en 24 heures.

Les douleurs, les selles glaireuses et sanguinolentes, ont complètement disparu.

La malade s'alimente normalement, son état général s'améliore bien vite.

Elle quitte l'hôpital en octobre 1918. A cette date plus de diarrhée, deux selles moulées par jour. Aucune crise douloureuse. Cet état persiste jusqu'en décembre 1919, la malade a repris sa profession de blanchisseuse. A cette époque elle fatigue beaucoup et constate l'apparition de légères coliques suivies de selles diarrhéiques. Progressivement ces douleurs augmentent d'acuité, ce sont bientôt de nouvelles crises douloureuses paroxystiques, en tous points semblables à celles qu'elle avait éprouvées au début de sa maladie.

Dans l'intervalle des crises la malade accuse de plus en plus une sensation de tension douloureuse de l'abdomen avec prédominance marquée dans la fosse iliaque gauche.

Pendant les crises, Mme M. a noté la tension de l'abdomen très augmenté de volume. Sous la paroi abdominale se dessinent alors des bosselures, des ondulations, dont le maximum siège dans la moitié gauche du ventre.

La malade perçoit également des gargouillements, des bruits musicaux, qui précèdent ou suivent une crise douloureuse. Cette crise après une ou deux poussées paroxystiques, se termine subitement, elle est suivie aussitôt après de l'émission d'une selle abondante et diarrhéique.

Les crises se répètent, s'accompagnent de nausées, de perte totale de l'appétit et d'amaigrissement.

Le 6 avril 1920, vers 16 heures, une crise plus violente encore force la malade à s'aliter. La température est à 39°, le pouls rapide, l'abdomen tendu et douloureux ; un médecin, appelé en consultation, prescrit une vessie de glace sur l'abdomen et une diète hydrique sévère. En quelques jours cet état grave s'améliore, les coliques s'espacent, mais l'abdomen reste ballonné, douloureux dans la fosse iliaque gauche.

Le 30 avril 1920 la malade entre à nouveau à l'hôpital Laënnec et l'examen permet alors de noter un météorisme abdominal très marqué généralisé.

La palpation de l'abdomen réveille une crise douloureuse pendant laquelle des ondulations péristaltiques se dessinent nettement sous la paroi abdominale.

On note du tympanisme généralisé, pas d'épanchement intra-abdominal.

Très mauvais état général. Facies pâle, amaigri, teint terreux, yeux cernés.

A l'examen du cœur on perçoit un souffle anorganique d'anémie.

L'élimination rénale est normale.

L'examen radiologique pratiqué 9 heures après un repas bismuthé montre que l'estomac, le duodénum, sont normalement vides, la colonne opaque s'est accumulée dans le segment terminal de l'iléon et forme une masse étalée dans la fosse iliaque gauche.

Le passage du bismuth dans le côlon sigmoïde se fait difficilement.

Du côlon sigmoïde une partie du bismuth reflue nettement dans le côlon descendant et atteint l'angle splénique.

Le côlon transverse et l'ascendant apparaissent très dilatés contenant une notable quantité de gaz.

32 heures après la prise du repas opaque le côlon sigmoïde et le rectum ne sont pas visibles, leur évacuation s'est faite normalement.

L'aspect du cadre colique exclu par l'anastomose iléo-sigmoïde offre un aspect particulier.

Il renferme des petites quantités de bismuth qui, inégalement réparties, lui donnent un aspect nuageux, marbré.

La recto-sigmoïdoscopie pratiquée par le D^r Bensaude montre une dilatation très marquée du rectum et du côlon sigmoïde.

La muqueuse recto-sigmoïdienne est rouge, enflammée, on note la présence de quelques paquets hémorroïdaires.

M. Lardennois est alors appelé à examiner cette malade dans le service du D^r Auvray. Il décide de pratiquer une deuxième intervention pour remédier à ces troubles graves, de subocclusion du grêle liés au mauvais fonctionnement de l'iléo-sigmoïdostomie.

2^e *Intervention* le 24 juin 1920. Incision de laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, l'abdomen ouvert, on voit que le tablier épiploïque étalé sur la masse intestinale adhère largement à la cicatrice de la première laparotomie.

L'épiploon libéré et réséqué aux points où il adhère, on découvre la masse intestinale généralement dilatée et congestionnée, on extériorise avec difficulté l'anastomose iléo-sigmoïde qui présente la disposition suivante.

Anastomose latéro-latérale, l'anse iléale est distendue,

épaissie, son calibre est celui d'un avant-bras moyen, le cul-de-sac iléal sous anastomotique présente une dilatation sacculaire, véritable cæcum du grêle, qui apparaît turgescent, rougeâtre, formant une poche de 25 centimètres de haut remplie de matières liquides.

Cette volumineuse dilatation termino-iléale a basculé en haut et à gauche et vient masquer le côlon sigmoïde. Cette bascule a entraîné une rotation de l'anse iléale dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

L'arrivée de l'iléon au côlon sigmoïde se fait ainsi de bas en haut, l'anastomose semble avoir été faite à contre courant.

Le mésentère et le méso-sigmoïde n'ayant pas été suturés l'un à l'autre au cours de la première intervention il en est résulté un orifice rétro-anastomotique. Dans cette brèche, entre l'anastomose et le péritoine pariétal postérieur, la masse grêle s'est engagée et s'est tassée dans la cavité pelvienne.

Le mésentère, sectionné au cours de la première intervention, fut rabattu avec l'iléon vers la fosse iliaque gauche.

Le bord libre qui résulte de la tranche de section mesentérique, forme une faux épaisse, tendue de la racine normale du mésentère à la dilatation terminale de l'iléon anastomosé.

De nombreuses adhérences péritonéales fixent cette fâcheuse disposition de l'anastomose iléo-sigmoïde. L'examen du côlon le montre dilaté, entouré de nombreuses adhérences. On note du reflux des matières dans le cadre colique exclu mais l'état de la malade ne permet pas de pratiquer alors une colectomie.

Il faut faire vite, les anses grêles sont replacées en situation normale.

1° On résèque l'iléon au-dessus de l'anastomose.

2° On l'implante en termino-latérale adossée dans le côlon sigmoïde à 25 centimètres environ au-dessous de la première iléo-sigmoïdostomie. C'est donc presque une iléo-rectostomie qui est faite.

Au niveau de la première iléo-sigmoïdostomie, il reste attaché au côlon sigmoïde un diverticule constitué par un court segment de grêle très dilaté.

3° Ce diverticule est réduit par plicatures successives, puis solidement fixé au côlon sigmoïde.

4° Fermeture de la brèche comprise entre mésentère et méso-sigmoïde. Fixation de l'épiploon sur la nouvelle anastomose. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Aucune amélioration appréciable n'a suivi cette nouvelle intervention. Le 12 juillet 1920, la malade entre dans le service du Dr Lardennois à l'hospice d'Ivry.

Les douleurs persistent, c'est une sensation continuelle de pesanteur épigastrique et dans la fosse iliaque droite.

Il y a du ténesme rectal. Après l'émission d'une selle parfois demi-liquide, la malade a l'impression persistante **que son intestin n'est pas vidé.**

La palpation de l'abdomen est difficile par suite du météorisme marqué, on réveille de la douleur sur le trajet du cadre colique qui est senti volumineux, distendu et dur surtout dans la fosse iliaque droite.

Le 20 juillet : Crise de subocclusion qui en 4 jours se calme.

Le 28 août : Nouvelle crise plus grave cette fois. La ma-

lade a des vomissements alimentaires, puis porracés. L'arrêt des matières et des gaz n'est pas complet, mais l'abdomen se distend considérablement. Appelé d'urgence auprès de cette malade après avoir demandé l'avis de M. Lardennois nous décidons de faire une cœcostomie.

3^e intervention (ERRARD) — Anesthésie locale. Incision iliaque droite (incision de Roux).

A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide jaune citrin, sans odeur, (environ 1.2 litre).

Les anses grêles très dilatées congestionnées tendent à faire hernie dans l'incision abdominale. On arrive à sentir collé contre la fosse iliaque le cæcum peu dilaté contenant une masse pâteuse. Voulant éviter les graves conséquences d'une fistulisation du grêle, nous décidons de temporiser encore.

Les anses intestinales réduites dans l'abdomen on re-ferme la paroi abdominale en trois plans.

L'amélioration de la malade est immédiate.

Les signes d'occlusion intestinale disparaissent, le météorisme abdominal diminue, la température qui s'était élevée à 38°5 redevient normale, mais pendant cette phase d'accalmie l'examen de la malade permet de sentir que le cadre colique reste très douloureux et dur. La palpation profonde de la fosse iliaque droite nous fait percevoir le cæcum et le côlon ascendant comblés par des fécalomes dus à la stase rétrograde.

Il est nécessaire de débarrasser cette malade de ce long diverticule colique où refluent les matières.

4^e Intervention (MM. LARDENNOIS ET ERRARD). Rachi-anesthésie. Syncaïne 0.10, centigr. Laparotomie médiane,

libération d'adhérences, épiploïques, vérification de l'iléo-rectostomie termino-latérale dont le fonctionnement semble parfait.

Décollement inter-colo-épiploïque. Hémostase puis effondrement du méso-côlon transverse.

La masse intestinale grêle est refoulée dans la brèche méso-colique vers l'étage supérieur de l'abdomen.

Section du ligament phrénocolique gauche. Libération et décollement de l'angle splénique et du côlon descendant. Mobilisation du cæcum et du côlon ascendant qui sont adhérents remplis de copromes. Hémostase des méso-côlons ascendant et descendant. Section de ces méso, le cadre colique est rejeté en dehors du champ opératoire.

Section du côlon à 10 centimètres au dessus de l'iléo-rectostomie. Le bout distal du côlon sectionné est suturé puis enfoui par 3 plans de sutures étagées.

Fermeture de l'abdomen en 1 plan au fil de bronze.

Suites opératoires immédiates, normales, sauf une légère infection de l'incision pariétale. Fils enlevés au 15^e jour.

La malade sort de l'hôpital le 29 octobre 1920.

A la date du 7 février 1921 l'état de cette malade se maintient excellent.

Elle n'a plus aucune crise douloureuse, son appétit est revenu, elle a augmenté de poids, environ 10 kilogs.

Elle a deux selles demi-liquides par jour, l'une trois heures après le déjeuner, l'autre quatre heures après le diner.

Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire qui comprend la totalité du côlon, la première anastomose iléo-sigmoïde et la dilatation iléale siégeant au niveau de cette anastomose. (Laboratoire du Dr ROUSSY),

1° Fragment prélevé au niveau de l'anastomose iléo-sigmoïde.

On note histologiquement un bouleversement des tuniques musculaires. Dans le tissu conjonctif avoisinant l'anastomose on retrouve des petits nodules inflammatoires arrondis avec de multiples cellules géantes dues vraisemblablement au passage des fils de suture en partie résorbés.

La muqueuse colique à ce niveau paraît normale. Le diverticule constitué par le grêle attenant à l'anastomose présente un amincissement notable de ses parois. La muqueuse est très congestionnée.

2° Fragment du côlon transverse. Musculeux épaissi, grosse inflammation de la muqueuse.

3° Fragment cæcal, minceur des différentes couches des parois cæcales. Processus de distension. Congestion muqueuse.

Obs. II. — (inédite). M. LARDENNOIS.

Miss A..., 38 ans, opérée au début de 1914 en Angleterre, pour colite rebelle avec douleurs. Stase intestinale chronique. Atteinte grave de l'état général.

Dans cette première intervention un chirurgien anglais fit une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec exclusion unilatérale du côlon, il termine l'opération par la ligamentopexie d'un utérus rétrofléchi.

Suites opératoires normales. Diarrhée abondante qui en quinze jours se calme et la malade n'a plus que deux selles par jour. Disparition de la douleur et des signes d'intoxication générale liés à la stase intestinale chronique.

Cette amélioration persiste 10 mois environ, puis les dou-

leurs réapparaissent. Sensation de gêne, de pesanteur, à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite.

Les crises douloureuses s'aggravant, l'état général de la malade redevenant mauvais, on fit un examen radioscopique qui permit de constater un reflux des matières dans le côlon exclu et une stase rétrograde marquée surtout au niveau du cæcum et du côlon droit très distendus.

2° *Intervention* pratiquée en Angleterre au début de 1915, incision para-médiane de colectomie droite. Résection du cæcum, du côlon ascendant et d'un court segment du transverse.

Cette nouvelle intervention est suivie d'une amélioration et l'état général de la malade, devenu excellent, lui permet de partir comme infirmière dans une ambulance anglaise du front.

Au début de 1916, un an après la deuxième intervention, la malade constate la reprise de douleurs vives à l'épigastre, et dans la région sous-costale droite.

Ces douleurs augmentent bientôt d'acuité, surviennent par crises, s'accompagnent de vomissements, puis se terminent brusquement, suivies peu après d'une selle diarrhéique.

Ces crises douloureuses se répètent, la malade a la sensation nette que l'évacuation intestinale ne se fait pas complètement et les purgations fréquentes ne font qu'aggraver cet état.

En avril 1916, M. Lardennois examine cette malade. L'abdomen est ballonné, il note une tension douloureuse de l'épigastre, et de la fosse iliaque gauche, la palpation de l'abdomen provoque l'apparition d'une crise douloureuse, on voit alors se dessiner, sous la paroi abdominale disten-

due, des ondes péristaltiques. La fin de la crise douloureuse est annoncée par des borborygmes ou du gargouillement de la fosse iliaque gauche. Renseigné sur la nature des deux opérations faites antérieurement en Angleterre, M. Lardennois, pensant à l'existence d'un reflux dans le côlon exclu, décide de pratiquer une colectomie.

3° *Intervention* le 8 mai 1916.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen on doit libérer une partie du tablier épiploïque adhérent, aux incisions abdominales des deux interventions précédentes. Quelques difficultés également par suite de la ligamento-pexie de l'utérus faite à la première intervention.

Le champ opératoire débarrassé de ces adhérences épiploïques, on voit apparaître tout de suite une tumeur arrondie, lisse, rougeâtre ; son volume est celui d'une tête d'enfant, elle siège dans la fosse iliaque gauche et masque le côlon descendant et le côlon sigmoïde.

L'examen de cette tumeur à parois minces, rénitentes à la palpation, permet de constater qu'elle est formée par une *énorme dilatation du cul-de-sac iléal juxta-anastomotique*.

On voit nettement la continuité entre ce cul de-sac dilaté et l'iléon anastomosé au colon sigmoïde mais la disposition des deux conduits anastomosés est très particulière.

Le cul-de sac iléal dilaté a pivoté en haut et à gauche. Cette rotation a entraîné une torsion de l'anse iléale dont l'arrivée au côlon sigmoïde se fait de bas en haut à contre courant.

L'iléon immédiatement au-dessus de l'anastomose est assez dilaté et ptosé dans le pelvis, de nombreuses adhé-

rences péri-anastomotiques fixent très solidement cette torsion iléale. On ne peut songer à intervenir d'abord sur l'anastomose iléo-sigmoïde d'extériorisation impossible.

En arrière de l'anastomose on constate en outre que le mésentère et le méso-sigmoïde n'ayant pas été suturés lors de la première intervention, la masse intestinale grêle, presque en totalité, s'est engagée dans l'anneau formé par les deux conduits intestinaux anastomosés, leurs méso et le péritoine pariétal postérieur.

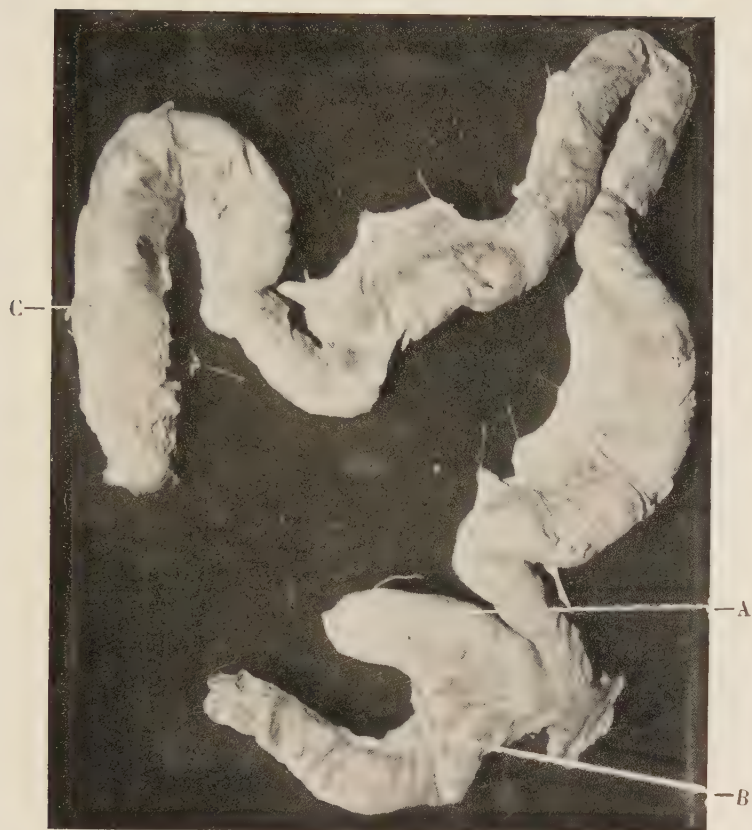
La masse intestinale grêle adhère à cet anneau, mais on ne note aucun degré d'étranglement interne. L'examen du côlon descendant et du transverse permet de constater leur distension et l'augmentation d'épaisseur de leurs parois, on note la présence de nombreuses adhérences péricoliques. L'examen de la moitié droite de l'abdomen montre que le transverse semble se continuer avec une apparence de côlon droit.

Or une résection colique droite fut pratiquée en 1915 et la disposition observée n'est qu'une dilatation du cul-de-sac du transverse sous la poussée du reflux colique.

Cette poche de distension colique mesure près de 15 centimètres de haut, son calibre est égal à celui du côlon transverse, ses parois semblent très amincies, distendues par une grosse masse de matières dures ou pâteuses.

En présence de ces lésions on décide d'enlever le côlon et la bouche anastomotique iléo-sigmoïde.

1° Décollement intercolo-épiplorique, hémostase du méso-côlon qui est effondré pour permettre de refouler vers le diaphragme la masse intestinale grêle ;



OBS. II. Opérée par le Docteur Lardennois.

Sur cette pièce de colectomie on voit :
 en A) La dilatation en cul-de-sac de l'iléon terminal après l'anastomose latéro-latérale.

Ce cul-de-sac est ici très réduit dans ses dimensions car il fut vidé en partie de son contenu après l'opération.

en B) Le volvulus de l'anse iléale anastomosée.

en C) La dilatation du fond du transverse après hémicolectomie droite.

Cette dilatation considérable fut produite par le reflux des matières dans le côlon exclu, elle donnait l'impression d'un côlon droit.

2° Libération de l'angle splénique, puis décollement du côlon gauche ;

Ligature des deux pédicules coliques gauches. Les mésos étant sectionnés, la masse colique est rejetée en dehors de l'abdomen et par son poids fait traction sur l'anastomose iléo-sigmoïde dont la libération et l'extériorisation sont difficiles (car l'anastomose est bas placée juxta-rectale) ;

3° Section de l'iléon à 2 centimètres au-dessus de l'anastomose primitive ;

Implantation termino-latérale de l'iléon dans le rectum ;

Section du côlon sigmoïde à 5 centimètres au-dessus de cette anastomose iléo-rectale ;

Enfouissement du bout distal du côlon sous 3 plans de sutures ;

Adossement de l'iléon et du moignon colique sus-anastomotique ;

Points séparés unissant la tranche mésentérique au méso-sigmoïde et au péritoine pariétal postérieur ;

4° Fermeture de l'abdomen en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires absolument normales, la température ne dépasse pas 37,8.

Diarrhée post-opératoire bientôt calmée, disparition totale des douleurs. Amélioration rapide de l'état général, la malade peut quitter l'ambulance le 4 juin 1916, moins d'un mois après cette dernière opération.

Cet excellent état persiste depuis, les dernières nouvelles reçues de cette malade datent de la fin de 1918.

CONCLUSIONS

Au cours des colites rebelles la stagnation stercorale dans le cadre colique a pu nécessiter des opérations de dérivation des matières excluant le gros intestin.

Pendant ces 20 dernières années on a pu penser que l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale était dans ces cas l'opération idéale.

Dans cette thèse nous avons voulu démontrer que cette intervention comportait des accidents graves qui tiennent à deux grandes causes :

1° Le fonctionnement défectueux de la bouche anastomotique par suite des torsions, coïndures ou dilatation de l'iléon anastomose ;

Quel que soit le type d'anastomose employé, le chirurgien, par des perfectionnements techniques, peut s'opposer à la production de ces accidents ;

2° La stase rétrograde dans le long diverticule sus-anastomotique formé par le côlon exclu. Contre cet accident le chirurgien ne peut rien ;

Cette stase est déterminée par :

a) Le reflux des matières produit par l'antipéristaltisme du côlon gauche.

b) La stagnation des produits de sécrétions du côlon exclu.

L'iléo-sigmoïdostomie dans ces conditions nous semble une opération à rejeter sauf dans un cas.

Quand elle est le premier temps d'une colectomie secondaire.

Mais dans le traitement des colites rebelles la colectomie nous semble une opération toujours disproportionnée avec la gravité des lésions.

A l'iléo-sigmoïdostomie il faut préférer d'autres short-circuits.

Ce sont les typhlo-sigmoïdostomies qui présentent les avantages suivants :

1° Elles portent au point déclive de la poche cæco-colique droite, c'est-à-dire au point où la stagnation des matières est toujours maximum ;

2° Elles drainent les produits septiques déversés par l'iléon, mais elles n'excluent pas complètement le côlon ;

3° Elles constituent une soupape de sûreté qui fonctionne dès que le transit colique est considérablement gêné ;

4° Elles permettent aux sécrétions coliques abondantes de se déverser facilement dans le côlon terminal.

Il y a deux types de typhlo-sigmoïdostomie :

a) La typhlo-sigmoïdostomie simple latéro-latérale ;

b) La typhlo-sigmoïdostomie en Y de Lardennois et Okinczye.

Cette dernière intervention de technique, un peu plus complexe, semble donner un résultat fonctionnel meilleur.

C'est l'opération de choix dans le traitement des colites graves.



Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président,
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Recherches expérimentales sur l'exclusion et la résection du gros intestin. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 1, 1907).

Bergmann et Lenz. — Sur les mouvements du gros intestin chez l'homme d'après des observations radioscopiques. (*Deutsch. med. Woch.* Tome XXXVII n° 31. 3 août 1911, page 1425-1432).

Bensaude. — *Traité d'Endoscopie recto-colique* (Masson-1919).

Barbier. — Trois observations d'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion pour anus coliques consécutifs à des plaies de guerre (*Société de Chirurgie*. Séance du 26 février 1919 page 359).

Brisset. — *Soc. de chirurgie*, 15 décembre 1920 (*Rapport de M. Duval*).

Coville. — Iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale (*Soc. de chirurgie* 14 décembre 1910).

Cunéo. — Sur la Typhlo-sigmoïdostomie. (*Soc. de Chir.* n° 22. 17 juin 1913).

Case. — Etude radioscopique du péristaltisme colique.
(*Med. Record*, 7 mars 1914 p. 415).

Cannon. — Les mouvements de l'intestin étudiés au moyen des rayons Roentgen. (*American Journal of Physiology* Vol. VI).

Chapple. — Chronic intestinal stasis treated by short-circuiting or colectomy. (*Crit. Méd. Journ.* 22 avril 1914).

— A consideration of some cases of advanced tubercular joints treated by iléo-colostomy (*Lancet* 29 avril 1911).

Delbet. — *Soc. de chirurgie* n° 22, 17 juin 1913.

— Discussion sur la stase colique (*Soc. de Chirurgie*, 8 avril 1914).

Destot. — Statique du fonctionnement du gros intestin (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, séance 25 juin 1908).

Detré. — Les fonctions mécaniques du gros intestin, leur étude radiologique (*Paris médical*, août 1913).

Drucbert. — De l'exclusion de l'intestin (*Thèse Lille* 1901).

Duval. — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien (*Thèse Paris* 1902).

— Chirurgie du gros intestin, cancer excepté. (*Rapport congrès français de Chirurgie* 1913).

— Discussion sur le traitement de la stase intestinale chronique (*Soc. Chirurgie* mars 1914).

— Examen fonctionnel radiographique dans les cæco-sigmoïdostomies latérales simples (*Soc. Chirurgie* 16 juin 1914).

— *Soc. de Chirurgie* du 15 décembre 1920.

- Duval et J.Ch. Roux.** — Stase stercorale caeco-ascendante (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, décembre 1920. Tome X n° 12).
- Gaudier.** — *Soc. de Chirurgie*, 31 juillet 1918, page 1451.
- Gley.** — *Traité de Physiologie*.
- Guyon.** — Article Physiologie du gros intestin (*in Dictionnaire de Physiologie de Richet*).
- Guinard.** — *Soc. de Chirurgie*, 9 juin 1909, page 732.
- Hartmann.** — Constipation congénitale liée à une atrophie du côlon pelvien. (*Soc. de Chirurgie*, octobre 1907, p.971).
— Sur la Typhlosigmoïdostomie. (*Soc. Chirurgie*, séances du 27 mai, 3 juin, 1^{er} juillet 1913).
- Hauchamp Klymens-Mahaux.** — Atlas de Radiologie normale, page 266.
- Herz.** — Constipation et troubles intestinaux qui s'y rattachent (Masson, février 1912).
- Kellogg.** — Chirurgie de la valvule iléo-caecale ; procédé pour rendre suffisante une valvule iléo-caecale et pour créer une valvule artificielle iléo-colique (*Surgery-gynecology and Obstetrics* Tome XVII n° 5, novembre 1913, page 563-573).
- Lambert.** — *Société de Chirurgie*, 8 avril 1914, page 454.
- Labey.** — De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles (*Thèse* 1902).
- Lance.** — Étude clinique de l'exclusion de l'intestin (*Thèse* 1903).
- Lane.** — On the operative treatment of the conditions of the large bowel which result from chronic constipation (*Chir. Journ. London* 1903-04, T. XXIII).

Lane. — The operation treatment of chronic constipation (London 1909).

— The Kinks which develop. in our drainage system in chronic intestinal stasis. (*Brit. Méd. Journal* 22 avril 1911).

Lardennois. — La Typhosigmoïdostomie en Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin par péricolite membranuse (en collaboration avec M. Okinezye (*Journal de Chirurgie* mai 1913 n° 5).

— Rapport de M. Hartmann (*Soc. de Chirurgie*, juin 1913).

— *Soc. de Chirurgie* 15 février 1921 n° 5.

— Les dolicocholiens (en collaboration avec M. Aubourg) *Journal de radiologie et d'électrolyse*. Tome 1, n° 2. Février 1914).

Lignac. — Les mouvements rétrogrades du côlon, (*Presse médicale* 30 janvier 1919).

— A propos des mouvements rétrogrades du côlon, (*Presse médicale* n° 68. 1919).

Mansell-Moulin. — Iléo-sigmoïdostomie pour guérir la constipation invétérée. (*Lancet* 1909, n° 4455).

Monprofit. — De la caeco-sigmoïdostomie. XXII^e Congrès de l'Association française de Chirurgie 1909. (*Société de Chirurgie* 28 mai 1913, page 871).

Morestin. — Mégacôlon gauche. Anastomose iléo-colique (*Soc. de Chirurgie* 1910 mars).

Pauchet. — Traitement de la stase intestinale chronique (*Société de Chirurgie* séance du 16 juillet 1913).

de Quervain. — *Arch. für Klinische chirurgie* juin 1911.

Savariaud. — *Société de Chirurgie*, 16 juin 1909.

Sorrel. — La stase intestinale chronique. (*Thèse* 1914).

Segond. — Traitement chirurgical des colites chroniques.

(*III^e Congrès international de chirurgie*, sept. 1911).

Terrier-Gosset. — Exclusion de l'Intestin (*Revue de Chirurgie*, 1900).

SAINT-AMAND (CHER) — IMPRIMERIE CLERC-DANIEL.

